


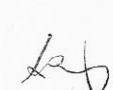


ต้นฉบับ

ประเภทเอกสาร : วิธีปฏิบัติ
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แก้ไขครั้งที่ : 00
วันที่ประกาศใช้ : 19 มีนาคม 2562
สำเนาที่ :

ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้เห็นชอบ	ผู้อนุมัติ
			
(น.ส.จันทรจิรา เพื่อยงาราช) จพง.เวชสถิติปฏิบัติงาน	(นางวิสาข์วดี อินทรสงเคราะห์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(นายวรพงษ์ สุชาติสุนทร) นายแพทย์ชำนาญการ	(นายเจษฎา พิชรเวทิน) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 00
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 19 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	หน้า 2/6

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานและเป็นประโยชน์ต่อผู้มารับบริการ แพทย์ ตลอดจนผู้ที่ต้องการค้นคว้าหาข้อมูล

2. ขอบเขต

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3. คำนิยาม

3.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก หมายถึง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้มารับบริการแต่ ละรายของแผนก OPD, ER, NCD, ทันตกรรม, แพทย์แผนไทย, กายภาพ, งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

3.2 เกณฑ์การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก หมายถึง เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย นอกของ สปสช.

3.3 แบบฟอร์มตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกข้อมูลในการตรวจสอบ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์ สปสช.

4. ผู้รับผิดชอบ

4.1 หัวหน้าห้องเวชระเบียน มีหน้าที่ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติงานของ เจ้าพนักงานเวชสถิติ ให้ปฏิบัติงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ การประสานงานต่างๆ ใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

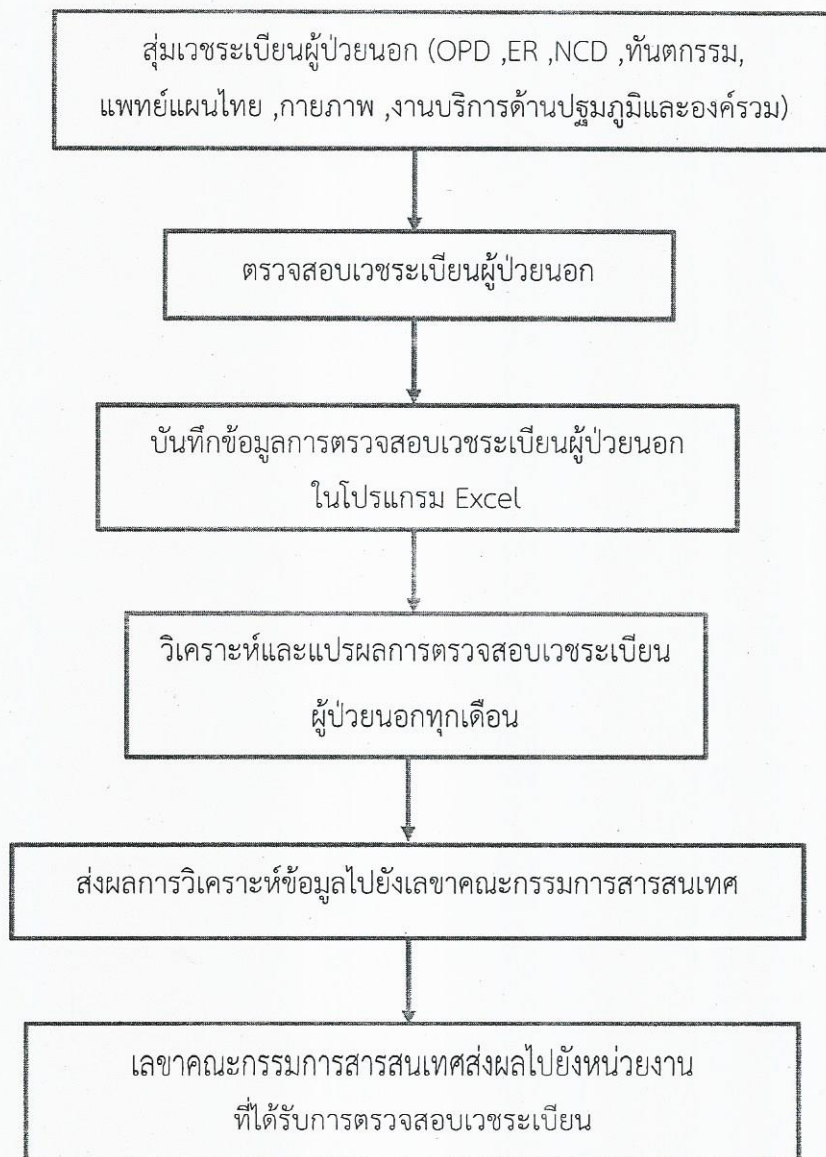
4.2 เจ้าพนักงานเวชสถิติ มีหน้าที่ สุ่มเวชระเบียน ตรวจสอบเวชระเบียน บันทึกผลการตรวจสอบ เวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลและแปรผล รวมไปถึงการรายงานผลต่อเลขาธิการคณะกรรมการงานสารสนเทศ

4.3 เลขาธิการคณะกรรมการงานสารสนเทศ มีหน้าที่ ส่งผลการตรวจสอบเวชระเบียนไปยังหน่วยงานที่ได้รับ การตรวจสอบ

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 00
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	หน้า 3/6

5. แผนผังการดำเนินงาน (Flow chart)

การตรวจสอบเวชระเบียน



โรงพยาบาลกัณฑ์รัชย์	รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 19 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	หน้า 4/6

6. เกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัดควบคุมคุณภาพ จะประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ตัวชี้วัด คือ

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 85 %

7. เอกสารแนบท้าย

เอกสารแนบท้ายที่ 1 เกณฑ์การประเมินของ สปสช.

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

เกณฑ์	เกณฑ์ข้อ1	เกณฑ์ข้อ2	เกณฑ์ข้อ3	เกณฑ์ข้อ4	เกณฑ์ข้อ5	เกณฑ์ข้อ6	เกณฑ์ข้อ7	หมายเหตุ
1.Patient's profile (ข้อมูลผู้ป่วย)	- ชื่อ - สกุล - เพศหรือคำบ่งหน้า - HN - อายุหรือ วตป.เกิด	- ที่อยู่ปัจจุบัน ข้อมูลบัตรประชาชน - ไม่มีเลขต่างตัว,ไม่ รู้สึกตัว, เสียชีวิตและไม่ พบเด็กฐาน(พิมพ์ตรงเลข ต่างตัว)	- ชื่อ - สกุลญาติหรือ ผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ระบุ ความสัมพันธ์ - ที่อยู่หรือเบอร์โทร(บอกได้, ไม่ รู้สึกตัวหรือไม่มีญาติให้ระบุตรง เลขต่างตัว)	- ประวัติแพ้ยา (ไม่มีระบุไม่ทราบ หรือไม่มีประวัติการ แพ้ยา)	- ข้อมูลหมู่ เลือด (ไม่ ทราบ,ไม่เคย ตรวจหมู่ เลือด)	- วตป.ที่บันทึก ข้อมูล - ชื่อ - สกุล ผู้ บันทึก	- ชื่อ - สกุลและ HN ทุกแผ่น	
2.History (ประวัติการเจ็บป่วย)	- CC (กรณี Pt. เรื่อง visit แรกของ ปี ระบุเวลาที่เข้ามา แล้วก็ได้)	- Present illness : อาการแสดงและการ รักษาที่ได้มาแล้วไม่ได้ รักษาระบุไม่ได้รักษาได้ ในผู้ป่วยทั่วไป : อาการแสดงและการประวัติ การวินิจฉัยที่ผ่านมา(เมื่อมี)	- U/O และการรักษาที่ได้รับใน ปัจจุบัน (-ไม่มี U/O ระบุไม่มี U/O) (-ไม่ได้รักษาระบุไม่ได้รักษา)	- Past illness (เจ็บป่วยในอดีตและ ประวัติเจ็บป่วย ครอบครัว)	- ประวัติแพ้ยา	- ประวัติ LMP (11 - 60 ปี) - ประวัติ EPI (0 - 14 ปี) Social history (ไม่เกี่ยวข้องNA)	- ประวัติการใช้ สารเสพติด(สุบ บุรี่, ดมสารพิษ) จำนวน, ความถี่ ระยะเวลา	ประเมินเกณฑ์ ข้อ3,4,5,6,7 ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และไม่มีญาติ ระบุ NA
3.Physical examination (การตรวจร่างกาย)	วตป.และเวลาที่ ได้รับการประเมิน ครั้งแรก	ตรวจร่างกายสูงวัยและ ปลัดระบุ WNL	ตรวจร่างกาย คลื่นหรือมีง ปลัด ระบุ WNL	บันทึก PE, RR, TLM ทุกราย	BP(ทุกราย) ขณวันเด็กอายุ น้อยกว่า 3 ปี (ไม่จำเป็นระบุ NA)	นม(ทุกราย) นมผงในเด็ก (ทุกราย)	สรุป Dx.text ทุก ราย(stenai cause ระบุสาเหตุ ภาษาไทยได้, DM,CKDระบุ Type/stage	

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 00
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 19 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	หน้า 5/6

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (แผ่นที่2)

เกณฑ์	เกณฑ์ข้อ1	เกณฑ์ข้อ2	เกณฑ์ข้อ3	เกณฑ์ข้อ4	เกณฑ์ข้อ5	เกณฑ์ข้อ6	เกณฑ์ข้อ7	หมายเหตุ
4.Treatment/ Investigation การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย	- บันทึกการสั่งและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ - บันทึกการสั่งและมีผลการตรวจรังสี(อาจอยู่ทั้งเก่า) *กรณีไม่มีการสั่งตรวจให้เป็นNA *กรณีไม่มีการบันทึกการสั่งตรวจแต่มีผลตรวจ =0 *กรณีมีผลตรวจแต่ไม่มีคำสั่ง =0	- มีบันทึกการให้การรักษา, สั่งยา, ทำหัตถการสอดคล้องกับ Dx. (นอน รพ. ระบุ Admit)	- การสั่งยาระบุชื่อยา, ความแรง, ขนาดที่ใช้, จำนวนยา (ไม่มีการสั่งยา=NA)	- บันทึกคำแนะนำ (Admit ระบุเหตุผลและแผนการรักษา)	- บริการระหว่างแผนกบันทึก Dx. หรือการรักษาที่ตามมา (ไม่ส่งระบุNA)	- บันทึกการรักษาคือเรื่อง F/U	- ลายมืออ่านออกทราบว่าเป็นผู้ใด	*กรณีส่งยานอกบัญชียาหลักระบุประเภท
5.Follow up (การตรวจติดตาม)	ประวัติเหตุการณ์มา F/U (เช่น Pt.DM รับประทาน)	ระบุ Dx, text DM ระบุ Type - CKD ระบุ Stage	มี V/S หรือตรวจร่างกาย (ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง)	บันทึกการประเมินผลการรักษาที่ผ่านมารหรือสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและบันทึกการรักษาที่ใหม่หรือมี (กรณี Admit ระบุเหตุผล)	- บันทึกการส่งและผลตรวจ Lab หรือ X-ray	- บันทึก คำแนะนำ หรือ F/U	- ลายมืออ่านออกสามารถระบุว่าเป็นผู้ใด	เพิ่ม 1 คะแนนส่งยานอกบัญชียาหลักระบุเหตุผล
6.Operative Note (บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ)	- ชื่อ - สกุล ข้อเจ็บ	- บันทึกถึงตรวจพบจากกรทำหัตถการ	- บันทึกวิธีทำผ่าตัดหรือหัตถการ	- บันทึกวิธีการให้ยาชาหรือยาระงับความรู้สึก	- บันทึกผลการทำผ่าตัดหัตถการและ Complication กรณีส่ง Patho ระบุ "รอส่ง Patho"	- บันทึก วัตถุประสงค์และเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุด	- บันทึกด้วยลายมืออ่านออกได้และลงลายมือแพทย์(กรณีทำหัตถการโดยเจ้าหน้าที่อื่นต้องมีกรรมการงานแพทย์กำกับ)	
เกณฑ์	เกณฑ์ข้อ1	เกณฑ์ข้อ2	เกณฑ์ข้อ3	เกณฑ์ข้อ4	เกณฑ์ข้อ5	เกณฑ์ข้อ6	เกณฑ์ข้อ7	หมายเหตุ
7.Informed consent (การรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษารือหัตถการ)	- ชื่อ - สกุล	- ลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ/ระบุของใคร, นีวีโค) ผู้รับทราบข้อมูล/ยินยอมทำหัตถการ	- ลายมือชื่อพยานครบถ้วน (ชื่อ-สกุล, ความสัมพันธ์)	- เหตุผลความจำเป็นต้องทำหัตถการหรือผ่าตัด	- บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป	- ระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล	- ระบุ วัตถุประสงค์และเวลาที่รับทราบ/ยินยอมรักษา	

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : WI - OPD - 003
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 00
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 19 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	หน้า 6/6

7. เอกสารแนบท้าย

เอกสารแนบท้ายที่ 2 แบบฟอร์มการบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ข้อสังเกต

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

Hcode HN PID General case Diagnosis Visit Date
 Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง
Diagnosis 1st Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0
กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA

กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

No.	Contents	NA	M	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เต็ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เดิม	คะแนน ทั่วไป	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)														
3	Physical examination														
4	Treatment/Investigation														
5	Follow up ครั้งที่ 1														
	Follow up ครั้งที่ 2														
	Follow up ครั้งที่ 3														
6	Operative note														
7	Informed consent														

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป /ฉุกเฉิน: General case)
Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)
Overall finding (เลือกเพียง 1 ข้อ)
(....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
(....) Certain issues in question specify (มีปัญหากจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)
คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date