

แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน

เวชระเบียนเป็นเอกสารและเวชสารสนเทศในระบบคอมพิวเตอร์ที่สำคัญทางการแพทย์และเป็นเอกสารทางราชการ ดังนั้น ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนจึงต้องสมบูรณ์ ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อประโยชน์ในการใช้ได้แก่

1. เป็นเครื่องมือในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่สะท้อนถึงคุณภาพในการบริการ (Quality of Care) การทวนสอบมาตรฐาน (Peer review) และการประสานงานในทีมรักษาพยาบาล (Coordination of Care)
2. การเบิกค่ารักษาพยาบาล (Reimbursement)
3. เอกสารทางกฎหมาย ในกรณีร้องเรียนหรือฟ้องร้อง (Legal Protection)
4. การตรวจรับรองต่าง ๆ (Accrediting and Licensing)
5. การเรียนการสอน (Education) และการวิจัย (Research)

คณะกรรมการระบบสารสนเทศและเวชระเบียน(IM) มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนในประเด็นต่อไปนี้

1. การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน

ให้ผู้มีหน้าที่บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึก รหัสโรค และรหัสหัตถการ โดยถือปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ดังนี้

ก. แนวทางการบันทึกเวชระเบียน

1. ผู้ป่วยนอก

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
- บันทึกสัญญาณชีพ (Record of vital sign)
- ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
- ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงจำนวนและชนิดของยา
- ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ใบบินยอมของผู้ป่วย หรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบ และเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อน

ที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

- คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

- อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- บันทึกสัญญาณชีพ (Record of vital sign)
- ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
- บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการ

รักษาพยาบาล

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ
- ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควรมี
 - บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่

อาจเกิดจากการทำหัตถการ

4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค
- สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญระหว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนการ

รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

- สรุปผลการผ่าตัด และหัตถการที่สำคัญ
- ผลรับจากการรักษา
- สถานภาพผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
- คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ

5. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก

ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจน พอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย ต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง หรือบันทึกทุกครั้งในกรณีที่ลายมือชื่ออ่านไม่ชัดเจน ควรมีสัญลักษณ์ซึ่งทีมผู้รักษา สามารถเข้าใจได้ง่ายประกอบด้วย

6. การรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์

จะทำให้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย

ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง โดยเร็วที่สุด เท่าที่สามารถจะดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุด ไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังจากสั่งการรักษา ดังกล่าว

7. แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว ภายหลังจากเหตุการณ์นั้น ๆ

บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

ข. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

1. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยให้บันทึกโดยผู้เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วย
2. กรณีที่บันทึกโดยนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาพยาบาล จะต้องกำกับตรวจสอบ ให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง และลงนามโดยแพทย์หรือพยาบาลด้วยทุกครั้ง
3. การบันทึกข้อมูลประวัติบุคคลของผู้ป่วย ให้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของ งานเวชระเบียนที่มีหน้าที่รับผิดชอบ/ผู้ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น
4. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรก ให้อิงตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนของ สปสช. ในกรณีตรวจติดตามควรมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการ ให้มีการบันทึกการตรวจร่างกายและสัญญาณชีพตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรมีการบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. แนวทางแก้ไขข้อมูลที่บันทึกไว้แล้ว

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แก้ไขโดย

- ชิดฆ่าข้อความที่ผิด และแก้ไขให้ถูกต้องพร้อมลงลายมือชื่อ รหัสบุคคลของ ผู้แก้ไขทุกครั้ง
- ห้ามแก้ไขข้อมูลโดยใช้วิธีการลบข้อมูลทุกประเภทอย่างเด็ดขาด

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติบุคคลของผู้ป่วยให้ดำเนินการโดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ/ผู้ที่ได้รับ

มอบหมายจากงานเวชระเบียนเท่านั้น โดยตรวจสอบหลักฐานประกอบการแก้ไขตามความประสงค์ของผู้ขอแก้ไข และชิดฆ่าข้อความที่ผิดในใบประวัติการตรวจรักษาของผู้ป่วย และแก้ไขให้ถูกต้องพร้อมลงลายมือชื่อกำกับ พร้อมบันทึกการแก้ไขข้อมูลประวัติบุคคลของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ และในเล่มเวชระเบียนให้เป็นปัจจุบัน

การบันทึกข้อมูล แต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้

แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย (Patient Profile) กำหนดให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้บันทึก เมื่อผู้ป่วยมาขอรับการรักษาครั้งแรก และเมื่อผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลประวัติส่วนตัว ต้องมีเอกสารที่ทางราชการออกให้มาประกอบการขอเปลี่ยนแปลงข้อมูล เพื่อให้การบันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยมีความถูกต้องสมบูรณ์เป็นปัจจุบัน

2. การบันทึกการตรวจรักษาของผู้ป่วยนอก กำหนดให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยต้องบันทึกด้วยตนเอง หรือกำกับให้มีการบันทึกให้ถูกต้อง

3. การบันทึกการดูแลรักษาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กำหนดให้แพทย์ต้องสรุปและบันทึกเอกสารสำคัญ ดังนี้

- ไป Summary on discharge ใน OPD CARD ให้แล้วเสร็จ ก่อนการจำหน่าย

- ไป Discharge Summary ให้แล้วเสร็จภายใน 2 สัปดาห์

โดยมีข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

- สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

- สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ

- ผลรับจากการรักษา

- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วยและญาติ

การใช้รหัสการวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน

คณะกรรมการระบบสารสนเทศและเวชระเบียน(IM) กำหนดให้มีการบันทึกรหัสโรค และรหัสหัตถการตามบัญชีจำแนกโรค ICD-10 และ ICD-9-CM ของเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาสรุปวินิจฉัยโรค และลงรหัสด้วยตนเอง หรือในกรณีที่แพทย์ไม่สามารถลงด้วยตนเองได้ ให้พยาบาลวิชาชีพทำตามคำสั่งแพทย์

ในส่วนผู้ป่วยนอก แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยโรคและลงรหัสโรค เฉพาะในส่วนที่ระบบสารสนเทศเสร็จสมบูรณ์แล้ว ในหน่วยตรวจโรคที่ระบบสารสนเทศยังไม่สมบูรณ์ หลังจากแพทย์วินิจฉัยแล้ว เจ้าหน้าที่ของงานเวชระเบียนจะเป็นผู้ลงรหัสโรคให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ

เพื่อรักษาคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ถูกต้อง คณะกรรมการระบบสารสนเทศ และเวชระเบียน(IM) กำหนดให้ ต้อง Audit การวินิจฉัยโรค และรหัสหัตถการในการบันทึกเวชระเบียนก่อนส่งเบิก ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่พบว่ากรบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไม่สมบูรณ์ งานเวชระเบียนต้องประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง และติดตามให้บันทึกให้สมบูรณ์ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้คำแนะนำในการ บันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพของเวชระเบียน โดยเป็น ระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่สำคัญ คือ สะท้อนคุณภาพ การให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการ ผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

1. การตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit)

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติได้กำหนดให้มีการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและเป้าหมายที่กำหนด โดยการ Internal Audit อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เพื่อเปรียบเทียบการพัฒนากการบันทึกเวชระเบียน

2. องค์ประกอบสำคัญและขั้นตอนการตรวจสอบ (Contents and Medical Record Audit cycle)

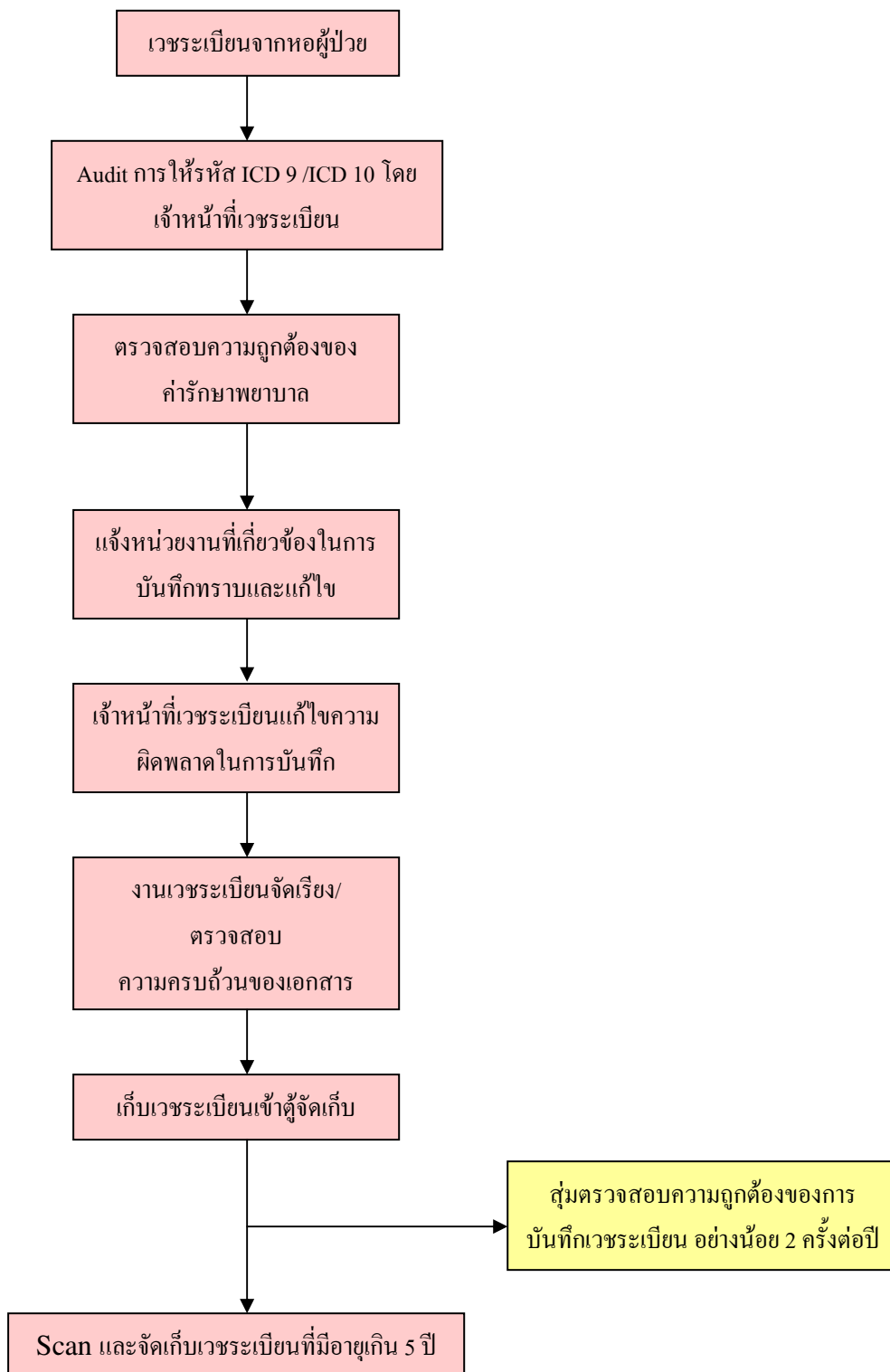
2.1 การกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบ (Agree Criteria)

งานเวชระเบียนได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบโดยผสมผสานเกณฑ์จากข้อมูลเกณฑ์การบันทึกเวชระเบียน ของสปสช. และ เกณฑ์การตรวจสอบเวชระเบียนของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพการรักษายาบาล (พรพ.)

โดยใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD) ของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และนำข้อมูลที่ได้บันทึกและประมวลผลใน โปรแกรม Medical Record Audit (MRA) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาขึ้น

ซึ่งผลลัพธ์การประเมินได้แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบผ่านระบบ การแจ้งข้อมูลข่าวสารของ โรงพยาบาล โดยแจ้งคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านระบบประกาศข่าวใน HosXp ของทางโรงพยาบาล

การจัดการเล่มและจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังการจำหน่าย

ระเบียบการยืมเวชระเบียน

1. สถานที่ยืม งานศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี โทร 054-693548 ต่อ 102
2. หน่วยงานยืมไม่เกิน 3 วัน บันทึกลับและลงชื่อในสมุดยืม
3. กรณีหน่วยงานภายนอกขอสำเนาเวชระเบียน ต้องทำบันทึกข้อความเพื่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษาอนุมัติก่อน

ผลการตรวจสอบเวชระเบียน (Internal Audit)

เวชระเบียนผู้ป่วยใน ทั้งหมด จำนวน 45 แฟ้ม

แบ่งเป็น Phase ละ 15 แฟ้ม

เวชระเบียนที่สุ่มตรวจ ปี 2552 AN 520000000 - 520000999

ปี 2553 AN 530000000 - 530000100

ตรวจสอบและประมวลผลด้วย โปรแกรม Program Medical Record Audit Version 2.0.6

ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2553

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยแยกตามรายการ ปี 2553

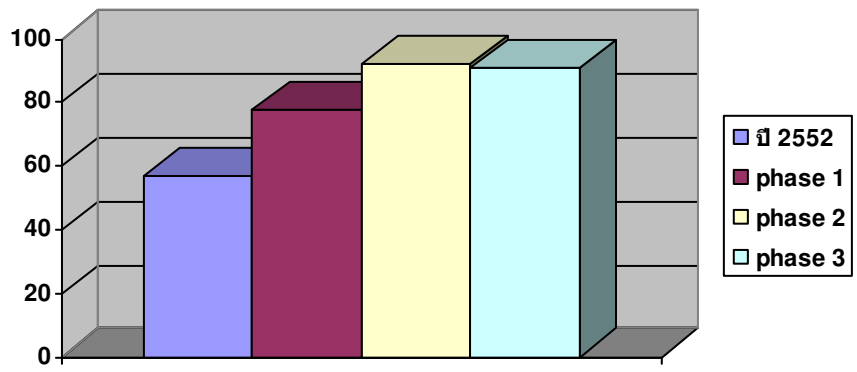
รายการ	Phase 1 ม.ค. – มิ.ย. 2552 (6 เดือน)	Phase 2 ก.ค. – ธ.ค. 2552 (6 เดือน)	Phase 3 ม.ค. – มี.ค 2553 (3 เดือน)	Mean
Discharge summary :Dx,Op.	8.53	8.50	8.73	8.58
Discharge summary : Other	7.73	8.50	8.54	8.25
Informed consent	7.40	7.91	8.06	7.79
History	5.07	8.08	8.19	7.11
Physical exam	6.60	8.66	8.04	7.76
Progress note	6.73	8.66	6.71	7.36
Consultation record	0.00	0.00	0.00	0.00
Anesthetic record	0.00	0.00	0.00	0.00
Operative note	0.00	0.00	0.00	0.00
Labour record	6.50	7.33	5.50	6.44
Rehabilitation record	0.00	0.00	0.00	0.00
Nurse's note helpful	8.00	8.79	8.71	8.50
Sum Score	999.00	898.00	871.00	2,546.00
Full Score	777.00	972.00	963.00	2,934.00
%	77.77	92.38	90.44	86.77

ตารางแสดงผลเปรียบเทียบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

รายการ	ปี 2552	Phase 1 ม.ค. – มิ.ย. 2552 (6 เดือน)	Phase 2 ก.ค. – ธ.ค. 2552 (6 เดือน)	Phase 3 ม.ค. – มี.ค. 2553 (3 เดือน)
Discharge summary :Dx,Op.	7.88	8.53	8.50	8.73
Discharge summary : Other	6.23	7.73	8.50	8.54
Informed consent	4.87	7.40	7.91	8.06
History	2.21	5.07	8.08	8.19
Physical exam	4.58	6.60	8.66	8.04
Progress note	4.06	6.73	8.66	6.71
Consultation record	0.00	0.00	0.00	0.00
Anesthetic record	2.16	0.00	0.00	0.00
Operative note	1.00	0.00	0.00	0.00
Labour record	1.16	6.50	7.33	5.50
Rehabilitation record	0.00	0.00	0.00	0.00
Nurse's note helpful	5.50	8.00	8.79	8.71
Sum Score	1,107	999.00	898.00	871.00
Full Score	1,944	777.00	972.00	963.00
%	56.94 *	77.77	92.38	90.44

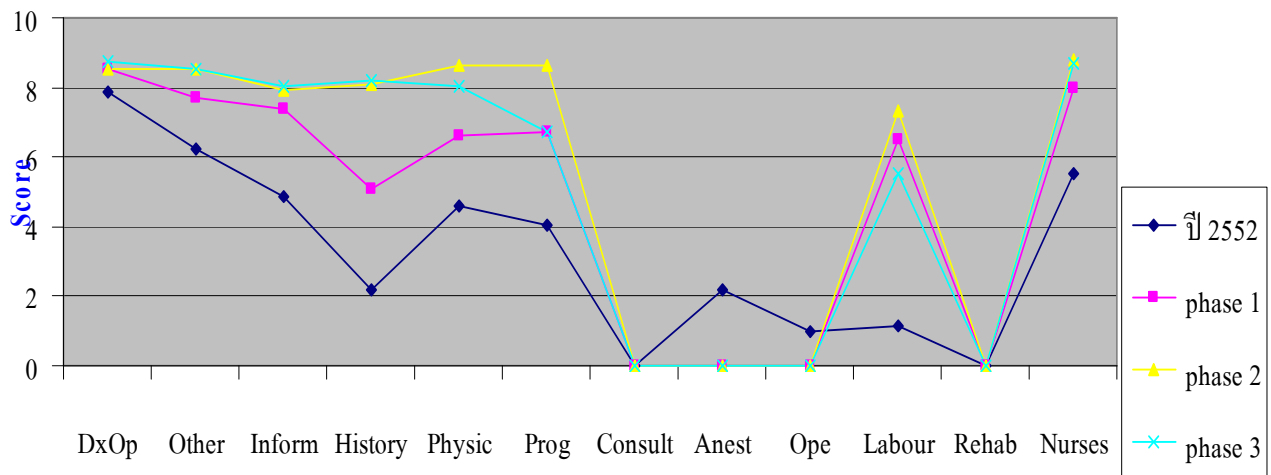
หมายเหตุ * ผลจากการตรวจสอบเวชระเบียน จากการไขว้ประเมิน ณ สำนักงานสาธารณสุขน่าน
เมื่อวันที่ 9 – 10 เมษายน 2552 อ้างถึงหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ที่ นน 0027.005/3629 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2552

แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบผลการทบทวนเวชระเบียน



แผนภูมิ ที่ 1

กราฟแสดงการเปรียบเทียบ Content of medical record



content of medical record

แผนภูมิที่ 2

สรุปผลการดำเนินงาน

เมื่อนำข้อมูลจากการประมวลผล ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน คณะกรรมการระบบสารสนเทศ และเวชระเบียน(IM) ได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน แยกตามแบบฟอร์มเวชระเบียน เป็นระยะ ดังนี้

ภาพตัวอย่าง History and Physical exam

DOCTOR'S ORDER SHEET

ระยะที่แรก

DOCTOR'S ORDER SHEET (ใบสั่ง) 11.28.04
 โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน
MEDICAL HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION

CC: Gyn. 39 wks. DIAGNOSIS
 เจ็บครรภ์ มีน้ำในช่องคลอด ๓ วัน

PE: VS 119, BP 110/70, PR 85/min, RR 20/min

HEENT: _____
 HEART: _____
 LUNG: _____
 ABDOMEN: _____
 EXT: _____

DATE/TIME	ORDER FOR ONE DAY	DATE/TIME	ORDER FOR CONTINUATION	วันที่เลือกคำสั่ง
5/1/52	- Admit - 5% D/N/2 1000 ml 500 ml p ๕๐ cc/hr. - PV - uterine contractile - FHS - Methemoglobin 1 sup @ ๔ ชั่วโมง ส.พ. สุจิตต์ 13.30 ๒) ๕% D/N/2 ๑๐๐๐ ml ๕๐๐ ml p - PV - uterine contractile - FHS - Methemoglobin 1 sup @ ๔ ชั่วโมง ส.พ. สุจิตต์ 13.30		- 20 MED - NTV } 1x2 opd - Fesca - Para. ๐.๕๐๐ > 1 + opm for pain ส.พ. สุจิตต์ 13.30	
	๒) ๕% D/N/2 ๑๐๐๐ ml ๕๐๐ ml p - PV - uterine contractile - FHS - Methemoglobin 1 sup @ ๔ ชั่วโมง ส.พ. สุจิตต์ 13.30			

Name of Patient: นพ. สุจิตต์ นพ. สุจิตต์ นพ. สุจิตต์ Age: ๕๒ ปี HN: ๕๒๕ AN: ๐๐๖/๕๒
 Ward: ศัลยกรรม (กระดูก) ห้องพิเศษ Attending Physician: นพ. สุจิตต์ วรรณวิทยา

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

- 1. History : ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 5 : ไม่มีการบันทึกประวัติการแพ้ยา
- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 6 : ไม่มีบันทึกประวัติอื่น ในส่วนของ family history, personal history ,social history growth and deveroment/ vaccination (เด็กทุกราย) , ประวัติประจำเดือน (ผู้ป่วยหญิงทุกราย อายุ 11-60 ปี)
- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 7 : ไม่มีบันทึกการซักประวัติ การเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (Review of system)
- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 8 : ไม่มีลายมือชื่อแพทย์ และสื่อถึงแพทย์เจ้าของลายมือได้
- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 9 : ไม่สามารถทราบแหล่งที่มาของข้อมูล เช่นประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ

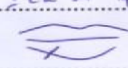
2. Physical exam

- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 5 : ไม่มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ
- ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 9 : ไม่มีลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบการตรวจร่างกาย และสื่อถึงแพทย์เจ้าของลายมืออื่น ๆ : พื้นที่ในการเขียนบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ มีพื้นที่จำกัด ทำให้บันทึกรายละเอียดได้น้อย มีส่วนของ Doctor's Order Sheet day แรก ในแบบฟอร์มทำให้พื้นที่จำกัด

ภาพตัวอย่าง History

ระยะที่ 2

History and Physical exam
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

History			
CC : <i>พบคลื่นผิดปกติ 30 วินาที</i>			
PI : <i>CA MCA E AIC dthg 2hr 5min MC 5min 3hr 5min 4hr 5min</i>			
PH :			
FH :			
ประวัติแพ้ยา :			
ประวัติอื่น ๆ :			
Physical exam			
GA : <i>Ab. Inscr. ; unconscious ;</i>		BW :	
Vital signs : BT. <i>36.7</i>		C PR. <i>78</i> /min RR. <i>18</i> /min BP. <i>120/80</i> mmHg	
HEENT : <i>PPH 0 - 0PR</i> ; <i>low at lips</i> ; <i>Multiple raw at base</i>			
HEART	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Abnormal		
LUNG	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Abnormal		
ABDOMEN	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Abnormal		
EXT.	<input type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Abnormal		
NEURO	<input type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Abnormal		
OB-GYN	MIUB..... Vag..... Cx.....		
	Uterus..... Adnexia..... Other.....		
Provisional Diagnosis : <i>MCA E AIC dthg 2 hr 5min MC 5min 3hr 5min 4hr 5min</i> ; <i>central concussion E low lips</i>			
Plan : <i>obs - MR</i>			
ลงชื่อ <i>พ.ญ. นพ.กิตติ วรเวชวิทยา</i>			
(นายแพทย์หญิงกิตติ วรเวชวิทยา)			
Name of Patient	<i>นางสาวเนติ หนองจอก</i>	Age	<i>23 ปี</i>
Department or Service	<i>SUR</i>	HN	<i>1847</i>
		AN	<i>163 192</i>
		Ward	<i>IPD</i>
		Attending physician	<i>นพ.หญิงกิตติ วรเวชวิทยา</i>

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

History

1. เพิ่มบันทึกประวัติแพ้ยา
2. เพิ่มบันทึกประวัติอื่น ๆ แต่ยังไม่ละเอียด
3. เพิ่มบันทึกการซักประวัติ การเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (Review of system) แต่มีพื้นที่จำกัด

Physical exam

1. เพิ่มพื้นที่การลงลายมือชื่อแพทย์
2. เพิ่มรายละเอียดการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ ในส่วนของสติและนรีเวช
3. เพิ่มช่องทางการบันทึกการตรวจร่างกายที่พบความปกติและผิดปกติ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

History ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 9 : ไม่สามารถทราบแหล่งที่มาของข้อมูล เช่นประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ

ภาพตัวอย่าง History (ตึกสามัญ)

ระยะที่ 3

ประวัติผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

อาการสำคัญ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
เจ็บปว. 1 เดือน ~ 2 วัน PTA

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติโรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ <u>Gashita</u>
ประวัติการแพ้ยา	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ประวัติการรอกตัว	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ประวัติส่วนตัว	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ประวัติการผ่าตัด	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
ประวัติสังคม	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....

ประวัติพัฒนาการและการเจริญเติบโต(ในกรณีเด็กอายุ < 15 ปีทุกราย) ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

ประวัติการได้รับวัคซีน (ในกรณีเด็กอายุ < 15 ปีทุกราย) ได้รับตามเกณฑ์ ไม่ได้รับตามเกณฑ์ระบุ.....

ประวัติประจำเดือน สม่าเสมอ ผิดปกติ ระบุ.....

ประวัติอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

Review of system

• GA	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• HEENT	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Heart	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Lung	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ <u>Gashita</u>
• Extremity	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Neuro	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Skin	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
• Other (ถ้ามี) ระบุ.....		

แหล่งที่มาข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ ระบุ.....

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
เฉลิมพระเกียรติ จ.น่าน โทร. (064) 795576-8

ชื่อนาง **แปง ใจปิง**

อายุ **58 ปี** ๐ เดือน 8 วัน

HN : 0006467 AN : 520000316

Ward ๘ สามัญ ๐ สูติกรรม ๐ ห้องพิเศษที่ เตียงที่

Physician

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์ พุฒิสวัสดิ์ วาดขำวิทยา)

HN	AN
Attending Physician	นายแพทย์ พุฒิสวัสดิ์ วาดขำวิทยา

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. แยกส่วนของ History และ Physical exam
2. เพิ่มบันทึกประวัติอื่น ในส่วนของ family history, personal history ,social history ,growth and deveroment/ vaccination (เด็กทุกราย) , ประวัติประจำเดือน (ผู้ป่วยหญิงทุกราย อายุ 11-60 ปี)
3. เพิ่มบันทึกการซักประวัติ การเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่น ๆ (Review of system) ตั้งแต่ศีรษะ ถึงเท้า อย่างละเอียด
4. ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล

ภาพตัวอย่าง History (ตึกสูติกรรม)

ระยะที่ 3

ประวัติผู้ป่วยในแรกรับที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ วันที่ 17/6/62 เวลา 00.30 น. () น้ำเดิน วันที่..... เวลา.....น.
 () เลือดออก วันที่..... เวลา.....น. () อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติปัจจุบัน

- ผู้ป่วยหญิง (ไทย/ลาว) G¹ P⁰ A⁰ GA ⁺³ 37 wk by LMP or (US) ^{at 20⁺ wk} EDC 21/6/62
- ANC มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง () ANC น้อยกว่า 4 ครั้ง () ไม่เคย ANC
- () US GA () ไม่เคย US เนื่องจาก
- High risk ไม่มี มี คือ
 1.
 2.
 3.

ประวัติอดีตทางสูติกรรม

YEAR	GRAVIDITY	MATERNAL	NEWBORN
	G1 P0 A0		

ประวัติอดีตอื่นๆ

ประวัติโรคประจำตัว ไม่มี () มี ระบุ.....

ประวัติการแพ้ยา ไม่มี () มี ระบุ.....

ประวัติการรอกับร้ว ไม่มี () มี ระบุ.....

ประวัติการผ่าตัด ไม่มี () มี ระบุ.....

ประวัติประจำเดือน สมบูรณ์ () ผิดปกติ ระบุ.....

ประวัติอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ

แหล่งที่มาข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ () อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....
(นายแพทย์ พุทธิศักดิ์ วรเดชาวิทยา)

Name of patient	นส. วราพร ทนกุล	Age	30	HN	7826	AN	263162
Department of service	LR	Ward		Attending Physician	นายแพทย์ พุทธิศักดิ์ วรเดชาวิทยา		

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. แยกส่วนของ History และ Physical exam
2. มีบันทึกอาการสำคัญ ที่บ่งบอกถึงประวัติการเจ็บครรภ์ การมีน้ำเดิน และเลือดออกทางช่องคลอด เพื่อวางแผนการรักษาได้เหมาะสมกับผู้ป่วย
3. มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ที่มีรายละเอียดพื้นฐานครบถ้วน เช่น ประวัติประจำเดือน ประวัติการฝากครรภ์ประวัติทางสูติกรรม ประวัติแพ้ยา ประวัติในอดีตอื่น ๆ เป็นต้น
4. ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล

ภาพตัวอย่าง History

ระยะที่ 4

ประวัติผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

อาการสำคัญ มีไข้ 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
 ซีด อ่อนเพลีย ไอแห้ง เหนื่อยง่าย เป็นมา 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
ไม่มี

ประวัติโรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ Thalassemia

ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ระบุ ไม่พบประวัติการแพ้ยา

ประวัติครอบครัว ไม่มี มี ระบุ

ประวัติส่วนตัว ไม่มี มี ระบุ

ประวัติการผ่าตัด ไม่มี มี ระบุ

ประวัติสังคม ไม่มี มี ระบุ

ประวัติพัฒนาการและภาวะเจริญเติบโต(ในกรณีเด็กอายุ < 15 ปีทุกราย) ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ประวัติการได้รับวัคซีน(ในกรณีเด็กอายุ < 15 ปีทุกราย) ได้รับตามเกณฑ์ ไม่ได้รับตามเกณฑ์ ระบุ

ประวัติประจำเดือน ตามกำหนด ผิดปกติ ระบุ

ประวัติอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ

Review of system

GA	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ <u>มี pleurisy</u>
HEENT	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Heart	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Lung	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Extremities	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Neuro	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Skin	<input checked="" type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ
Other (ถ้ามี)	ระบุ	

แหล่งที่มาข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ ระบุ

วันที่ 08 มีนาคม 2553 11:52:24

ลงชื่อ.....
(นพ.สุจิตต์ วรรณวิทย์)

Name of Patient ด.ญ.นกน้อย รัตตะทวี อายุ 6 ปี 0 เดือน 0 วัน	HN 0014769	AN 117153
Department of service ตรวจโรคทั่วไป Ward ตึกสามัญ	Attending Physician นพ.สุจิตต์ วรรณวิทย์	

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. พิมพ์แบบฟอร์มจากโปรแกรม HosXP จากเดิมแพทย์เขียนบันทึกเอง โดยดึงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา จากการซักประวัติแรกรับ
2. พิมพ์ชื่อผู้รับบริการ, HN, AN , ตึก และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้อ่านง่าย และสามารถระบุได้ว่าเวชระเบียนเป็น ของใคร

ภาพตัวอย่าง Physical exam

ระยะที่ 2

การตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

Vital Sign T 36.3° C PR 98 /min RR 18 /min BP 110/70 mmHg (ยกเว้นเด็ก < 3ขวบ)

Physical Examination

• Body Weight <u>37</u> Kg	Height _____ cm	BMI _____ Kg/m ²
• GA <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• HEENT <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• Heart <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• Lung <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• Abdomen () ปกติ	<u>ผิดปกติ</u> ระบุ.....	<u>feels soft ๑๑๗๐</u>
• Extremity <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• Neuro <u>ปกติ</u>	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• Skin () ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ.....	
• OB-GYN		
1. N/MIUB.....	Vagina.....	
Cervix.....	Uterus.....	
Adnexa.....	Cul de sac.....	
2. Cervix _____ cm	Effacement.....% Station.....	
Membrane.....	Position..... others.....	
• Other (ถ้ามี) ระบุ.....		

Provisional Diagnosis

- Gastro
-
-
-

Plan of treatment

Supportive Rx

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
เฉลิมพระเกียรติ จ.น่าน โทร. (054) 796578-8

ชื่อนาง แปลง ใจปิง

อายุ 58 ปี 0 เดือน 8 วัน

HN : 0006467 AN : 520000316

Ward ๘ สามัญ ๐ สูติกรรม ๐ ห้องพิเศษที่ _____ เตียงที่ ๑

Physician รศ. ธีรศักดิ์ อินทราช

Age	HN	AN
Ward	Attending Physician นายแพทย์ สุจิตต์ วัฒนวิทยา	

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. แยกส่วนของแบบฟอร์มจาก history
2. เพิ่มรายละเอียดการบันทึกการตรวจร่างกายระบบ ในส่วนของสูติและนรีเวช ที่มีความละเอียดขึ้น
3. มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ ที่ง่ายต่อการบันทึก

ภาพตัวอย่าง Physical exam (ตึกสามัญ)

ระยะที่ 3

การตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

Vital signs BT 36.5C PR 110/min RR 24/min BP 0 / 0 mmHg (ยกเว้นเด็ก < 3 ขวบ)

Physical Examination

Body weight 33.5 kg Height 100 cm BMI 13.5 kg/m²

GA	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ
HEENT	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ rcked,pale,mild jaundice
Heart	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ
Lung	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ
Abdomen	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ hepatosplenomegaly
Extremities	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ
Neuro	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ
Skin	() ปกติ	() ผิดปกติ ระบุ

OB-GYN 1. N/MIUB Vagina



 Cervix..... Uterus

 Adnexa..... Cul de sac.....

2. Cervix cm Effacement% Station

 Membrane..... Position Others.....

Other (ถ้ามี) ระบุ

Provisional Diagnosis

.....

Plan of treatment

.....

แหล่งที่มาข้อมูล () ผู้ป่วย () ญาติ () อื่นๆ ระบุ.....

วันที่ 08 มีนาคม 2553 11:52:24

ลงชื่อ.....
 (นพ.สุจิตต์ วรรณวิทยา)

Name of Patient ด.ญ.นภน้อย รัตสะหมี อายุ 6 ปี 0 เดือน 0 วัน	HN 0014769 AN 117/53
Department of service ตรวจโรคทั่วไป Ward ตึกสามัญ	Attending Physician นพ.สุจิตต์ วรรณวิทยา

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. พิมพ์แบบฟอร์มจาก โปรแกรม HosXP จากเดิมแพทย์เขียนบันทึกเอง โดยดึงข้อมูล สัญญาณชีพแรกรับ ,Physical exam แรกรับ และ Diagnosis แรกรับ
2. พิมพ์ชื่อผู้รับบริการ,HN,AN , ตึก และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้อ่านง่าย และสามารถระบุได้ว่าเวชระเบียนเป็นของใคร

ภาพตัวอย่าง Physical exam (ตึกสูติกรรม)

ระยะที่ 3

การตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยในที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

Vital Sign T 36.5 °C PR 88 /min RR 20 /min BP 120 / 80 mmHg

Physical Examination

- Body Weight 92 Kg Height 166 cm (ตั้งบนท่อนาง)
- GA ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- Heart&Lung ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- Abdomen ระดับสะดือมดลูก 34 CMs ท่าเด็ก -
ส่วนหน้า Vx FHR /min
น้ำหนักเด็กโดยประมาณ 3,000 กรัม
- Pelvic Examination
Clinical pelvimetry adequate Inadequate
Speculum examination finding
Cervical status
Dilatation 2 cm Effacement 95 % Consistency.....
Station -1 Membrane MS Bishop score.....
- Breast
หัวนม ปกติ แบน ปุ่ม อื่นๆ ระบุ.....
ขนาด ปกติ ใหญ่ผิดปกติ เล็กผิดปกติ อื่นๆ ระบุ.....
- Other (ถ้ามี) ระบุ.....

Laboratory Findings

Hct 38 % ABO Gr Go Rh Gr -
Urine protein neg Urine sugar neg
VDRL NR HBsAg - antiHIV NR
OF Neg DCIP Neg MCV -
Others

Provisional Diagnosis G1 P0 A0 GA 39⁺ wk (by date or US) with labor pain

Plan of treatment Normal labor

นางชื่อ
(นามแพทย์ ผู้รักษาคือ รพ.น่าน)

Name of patient <u>นาง วรรณ ทรัพย์</u>	Age <u>30</u>	HN <u>3826</u>	AN <u>263/2</u>
Department of service <u>LR</u>	Ward <u>LR</u>	Attending Physician นามแพทย์ ผู้รักษาคือ รพ.น่าน	

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

- มีบันทึกการตรวจร่างกายทางสูตินรีเวช ที่ละเอียด
- มีการบันทึกการตรวจครรภ์ จากการดู คลำ เตะ ฟัง โดยการวาดรูป
- มีบันทึกการตรวจภายในช่องคลอด ลักษณะของหัวนม เต้านม แกรับ
- มีบันทึกผลการตรวจเลือดขณะ ANC หรือ แกรับกรณีที่ไม่เคย ANC

ภาพตัวอย่าง

History and Physical exam of New born

ระยะแรก

PHYSICIAN'S RECORD OF NEWBORN

ชื่อ - นามสกุล อ.น. กนก งาม เกิดวันที่ 5/1/57 เวลา 13:15 HN. 122.85 AN. 02152

SEX : () MALE () FEMALE () AMBIGUOUS

น้ำหนัก 2800 กรัม, ชว 32 ซม., รอบอก 32 ซม., รอบศีรษะ 32 ซม.

GENERAL APPEARANCE (maturity, activity, tone, cry, colour, nutrition, edema)

() normal () abnormal ระบุ.....

SKIN (rash, hematoma) () normal () abnormal ระบุ.....

HEAD, NECK (molding, caput, craniotables, cephalhematoma)

() normal () abnormal ระบุ.....

EYES (abnormalities, conjunctivitis) () normal () abnormal ระบุ.....

EARS, NOSE, THROAT (Lips, Gums, Palate)

() normal () abnormal ระบุ.....

THORAX (including breast) () normal () abnormal ระบุ.....

LUNGS () normal () abnormal ระบุ.....

HEART () normal () abnormal ระบุ.....

ABDOMEN (including umbilicus) () normal () abnormal ระบุ.....

GENITALIA (testis, circumcision, meatus, discharge)

() normal () abnormal ระบุ.....

TRUNK & SPINE () normal () abnormal ระบุ.....

EXTREMITIES () normal () abnormal ระบุ.....

REFLEXES () normal () abnormal ระบุ.....

ANUS () normal () abnormal ระบุ.....

CYANOSIS () NO () YES ระบุ.....

JAUNDICE () NO () YES ระบุ.....

OTHERS ANORMALIES :

IMPRESSION : Normal NB

TREATMENT & PLAN :

DATE OF EXAM 5-1-57 **TIME OF EXAM** 8:10 **DOCTOR** +

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ไม่ทราบวิธีการคลอด
2. ไม่ทราบประวัติมารดา เช่น ผล LAB ขณะ ANC , วิธีการคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนในการตรวจร่างกายอย่างละเอียด

ภาพตัวอย่าง

History and Physical exam of New born

ระยะที่ 2

HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION OF NEWBORN	
History	
Newborn	Maternal
Name... อ.อ. ธีร ธีร	Name... น.น. ธีร ธีร
HN... 12778 AN... 155152	HN... 12777 AN... 132152
Sex : () MALE (<input checked="" type="checkbox"/>) FEMALE () AMBIGUOUS	OF... Hct. 38% Anti HIV... NR VDRL... NR
BW 3600 gms. OF 35 cms. 09.25 cms. 817.65 cms.	วิธีการคลอด... N/D วันที่ 12/52 เวลา 21.55 น.
Physical Examination	
GENERAL APPEARANCE (maturity , activity , tone , cry , colour , nutrition , edema)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
SKIN (rash, hematoma)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
HEAD, NECK (molding , caput , craniotabes , cephalhematoma)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
EYE, NOSE, THROAT (Lips , Gums , Palate)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
THORAX (including breast)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
LUNG	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
HEART	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
ABDOMEN (including umbilicus)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
GENITALIA (testis ,circumcision , meatus , discharge)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
TRUNK & SPINE	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
EXTRIMITIES	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
REFLEXES	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
ANUS	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
CYANOSIS	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
JAUNDICE	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Abnormal
OTHERS ANORMALIES : M I	
IMPRESSION : Normal	
TREATMENT & PLAN : none	
DATE OF EXAM : 12/52	TIME OF EXAM : 9:00
DOCTER : J	

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. มี History ทั้งส่วนของทารกและมารดา

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ไม่มีบันทึกสัญญาณชีพของทารกแรกคลอด

ภาพตัวอย่าง Progress Note

ระยะแรก

DOCTER'S ORDER SHEET					
Date/Time and Progress Note	Date Time	ORDER FOR ONE DAY	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION	รับมรดก ทำขึ้น
GI bleed II	18 Nov 52	NSD. 1000 5% DMS 1000 ml G ₂ IV 120 ml RND 50 mg IV q 4h			
Coffee ground	19 Nov 52	5% DMS 1000 ml G ₂ IV 120 ml NSD 1000 ml RND 50 mg IV q 4h NSD 1000 ml NSD			
Coffee ground อยู่, 6 วัน, 1/4 table	20/11/52	- NSD - RND 50 mg q 4h - 0.5% 120 ml - NSD 1000 ml			
Name of Patient		นางสาว นพพร 11 กวี	Age	48 ปี	HN 12414

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. Progress Note ใช้แบบฟอร์มเดียวกับ Doctor Order's Sheet
2. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 2 : บันทึกเนื้อหาไม่ครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan) อย่างน้อยต้องบันทึก ใน 3 วันแรก
3. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 7 : ไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์

ภาพตัวอย่าง Progress Note (ตึกสามัญ)

ระยะที่ 2

Progress Note		โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
Date	Time	Progress Note
10/13/19	9:06	Day 1... • S: no pain • O: normal • A: not ok • P: pt says not 24-30% ลงชื่อ..... (นายแพทย์ พุฒิกิติ วรเดชาวิทยา)
13/13/19	10:16	Day 5... • S: pain • O: normal (no pleurisy) • A: not ok • P: bl. tube ลงชื่อ..... (นายแพทย์ พุฒิกิติ วรเดชาวิทยา)
14/13/19	10:14	Day 6... • S: pain • O: No • A: not ok • P: ลงชื่อ..... (นายแพทย์ พุฒิกิติ วรเดชาวิทยา)

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
 อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.น่าน โทร. (054) 892548

ชื่อต.ญ. นกน้อย รัตสะหมี
 อายุ 6 ปี 0 เดือน 0 วัน
 HN: 0014769 AN: 530000117
 Ward สามัญ สูติกรรม ห้องพิเศษที่ _____ เตียงที่ 9N
 Physician (นายแพทย์ พุฒิกิติ วรเดชาวิทยา)

Name of patient	AN
Department of service	นายแพทย์ พุฒิกิติ วรเดชาวิทยา

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. มีวัน เดือน ปี เวลา ที่บันทึกระบุชัดเจน
2. มีการบันทึกเนื้อหาไม่ลอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan) อย่างน้อยต้องบันทึก ใน 3 วันแรก
3. มีการบันทึกเนื้อหาไม่ลอบคลุมรูปแบบ S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแล/รักษา/ให้ยา
4. มีการระบุชื่อแพทย์ด้วยลายมือชื่อและตัวบรรจง

ภาพตัวอย่าง Progress Note (ตึกสูติกรรม)

ระยะที่ 2

OB Progressed note
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

Day 1 S: stable

O: V/S: stable

- Breast Normal Engorge Abnormal ระบุ.....

- Abdomen : Fundal high: 202

.....

- Perinium Normal Abnormal

- Lochia Rubra Serosa Alba

- Comment.....

A: sp m

P: sp m

แพทย์ผู้ตรวจ..... ฟ

Day 2 S: stable

O: V/S: stable

- Breast Normal Engorge Abnormal ระบุ.....

- Abdomen : Fundal high: 202

.....

- Perinium Normal Abnormal

- Lochia Rubra Serosa Alba

- Comment.....

A: sp m

P: sp m

แพทย์ผู้ตรวจ..... ฟ

Day 3 S: stable

O: V/S: stable

- Breast Normal Engorge Abnormal ระบุ.....

- Abdomen : Fundal high: 202

.....

- Perinium Normal Abnormal

- Lochia Rubra Serosa Alba

- Comment.....

A: sp m

P: sp m

แพทย์ผู้ตรวจ..... ฟ

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. มีการบันทึกเนื้อหาไม่ครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective ,assessment ,plan) อย่างน้อยต้องบันทึก ใน 3 วันแรก
2. การบันทึก Objective data ที่เฉพาะทางสูตินรีเวช บ่งบอกความก้าวหน้า อาการหลังคลอด

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ไม่ทราบ วัน เดือน ปี ที่บันทึก

ภาพตัวอย่าง Doctor's Order Sheet

ระยะ ที่ 2

(ระยะแรกใช้แบบฟอร์มเดียวกับ Progress note ระยะแรก)

Date Time	ORDER FOR ONE DAY	วันที่บันทึก คำสั่ง	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION	วันที่บันทึก คำสั่ง
11/6	- Admit - ST-D/N/1 2 vate 80h - RND @ 9sh - Losec @ pr severe pain.			- Liquid diet - Secad vis Meal Omeprazole 1x2c Alum milk 30cc qtd Motilin 1x3c	
12/6	- @ uest on HPL				
13/6	- D/C HM Omeprazole 1x2c-20 Alum milk 30cc qtd - I Motilin 1x3c-20				

Name of patient: _____ Age: _____
Department of service: _____ Ward: _____

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
เฉลิมพระเกียรติ สมุทร โทร. (054) 785579-8

ชื่อนาง แปล ใจปิง
อายุ 58 ปี 0 เดือน 8 วัน
HN : 0006467 AN : 520000316
Ward @ สามัญ @ สูติกรรม @ ห้องพิเศษที่ _____ เตียงที่ 1
Physician หมอ ชัยเกียรติ หันบัวจวบ

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. แยกส่วนกับฟอร์ม Progress Note ให้มีเฉพาะคำสั่งรักษาของแพทย์

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ลายมือในใบคำสั่งรักษาของแพทย์อ่านออกยาก และบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้มีการรับคำสั่งแพทย์ที่ผิดพลาด ส่งผลกระทบเช่น Medication Error , การทำหัตถการที่ผิด เป็นต้น

ภาพตัวอย่าง Doctor's Order Sheet

วันแรกของการรักษา

ระยะ ที่ 3

Doctor's order Sheet

Diet order : Regular Diabetic Low salt High protein Low protein

Activity order : Normal Rest Absolute bed rest

Monitor order : Vital sign q ^{qh} Intake/Output q Neuro sign q

Others order :

ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUATION
<p>8 มี.ค. 2553</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CBC , Automate</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Liver function test (Alk.phos, Total billi, Direct)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hct (Hematocrit) <i>alt. 6.00% (10/1/53) = 16 %</i></p> <p>PRC ภาวะ 140 cc</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cross matching</p> <p>fuROSemide inj 10 mg./ml. Amp. (2 ml.) 10 mg iv ก่อนให้เลือด</p> <p style="text-align: center;">↓ นพ.สุจิตต์ลี วรเวชวิทยา <i>สม 16/3/53</i></p>	<p>8 มี.ค. 2553</p> <p>MTV-MULTIVITAMINS 1 mg. เม็ด 11pt x (1 เม็ด OD เข้า)</p> <p>FOLlic acid 5 mg. เม็ด 11pt x (1 เม็ด OD เข้า)</p> <p style="text-align: center;">↓ นพ.สุจิตต์ลี วรเวชวิทยา <i>สม 16/3/53</i></p>

Name of patient ด.ญ.นภน้อย รัตตะหมี Age 6 ปี 0 เดือน 0 วัน HN 0014769 AN 117/53

Department of service ตรวจโรคทั่วไป

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. พิมพ์ Doctor's Order Sheet วันแรกของการรักษา จากโปรแกรม HosXP
2. อ่านออกง่าย ลดปัญหา Medication Error , การรับคำสั่งที่ผิด
3. พิมพ์ชื่อผู้รับบริการ, HN, AN , ตึก และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้อ่านง่าย และสามารถระบุได้ว่าเวชระเบียนเป็นของใคร

ภาพตัวอย่าง Doctor's Order Sheet

วันถัดไปของการรักษา

ระยะ ที่ 3

9F		Doctor's order Sheet			
Date Time	ORDER FOR ONE DAY	วันที่บันทึก คำสั่ง	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION	วันที่บันทึก คำสั่ง
9/3/2010	# Hct หลังให้เลือด 6 hr # Plan keep Hct 28-30% ถ้า Hct < 28% ให้ G/M และให้ PRC ซักดูง				
	✓ 9/3/10 9/3/10 -Hct 27.0.0.0. (10/1/10) 7 767 ✓				
Name of patient ด.ญ. นนอย รัตสนธิ		Age 6 ปี		HN 0014769 AN 530000117	
Department of service ทวีไป		Ward ดึกสามัญ		Attending Physician นายแพทย์ไพฑูริ์ วัฒนวิภา	

หน้า 1 จาก 1

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. แพทย์ได้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (Round) และพิมพ์ใบคำสั่งรักษาในวันถัดไปของการรักษา
2. อ่านออกง่าย ลดปัญหา Medication Error , การรับคำสั่งที่ผิด
3. ระบุเตียงผู้ป่วยชัดเจน เช่น 9F คือ เตียง 9 สามัญชาย , 6M คือ เตียง 6 สามัญหญิง
4. พิมพ์ชื่อผู้รับบริการ,HN,AN , ดึก และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ทำให้อ่านง่าย และสามารถระบุได้ว่าเวชระเบียนเป็นของใคร

ภาพตัวอย่าง ใบ LAB
ในระยะแรก

แบบ บส.06

รายงานผลการชันสูตรทางคลินิก

Form 5

ใบนำส่งตรวจเลือด (CBC) บส.010

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
ชื่อ-สกุล นางสาว พงศกร นที อายุ ๑๖ ปี Requested by พ. ศุภกิจ Date
HN 12414 ที่อยู่ บ้านเลขที่ ๑ หมู่ ๑ ตำบล ๑ อำเภอ ๑ จังหวัด ๑ Report by Date 25/1/2
WARD IPD Diagnosis ส่งตรวจ CBC MP Platelet count

Determination	Found	Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal RBC	<input type="checkbox"/> Normal RBC
WBC		5,000 - 10,000/cumm	Anisocytosis	Schistocyte
<u>Hematocrit</u>	<u>26 %</u>	30 - 50%	Poikilocytosis	Spherocyte
Differential Leukocyte per 100 cells				
Band form neutrophil		0 - 5%	Macrocyte	Ovalocyte
Neutrophils		40 - 65%	Microcyte	Burr cell
Eosinophils		0 - 6%	Hypochromasia	Teardrop
Basophils		0 - 1%	Polychromasia	Basophilic stippling
Lymphocyte		20 - 45%	Target cells	Acanthocyte
Monocyte		0 - 6%	Creanated cell	NRBC / 100 WBC
Platelet smear		5 - 25 / OPF	Abnormal WBC	
<input type="checkbox"/> Platelet count			Atypical lymph.	
Platelet count		100,000 - 400,000	<input type="checkbox"/> Malaria	
Other			(.....) PV.....%	
			(.....) PF.....%	

(.....) PF.....%

Name of patient	<u>นางสาว พงศกร นที</u>	Age	<u>16</u>	HN	<u>12414</u>
Department or Service	<u>ME7</u>	Ward	<u> </u>	Attending Physician	<u> </u>

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. คัดใบ LAB ทับซ้อนกันหลายใบ ไม่เป็นระเบียบ ง่ายต่อการสูญหาย
2. บันทึกผลในใบ Requested LAB ด้วยลายมือ อ่านออกยาก ทำให้แพทย์ผู้ทำการรักษาวิเคราะห์ผลผิดพลาดได้

ภาพตัวอย่าง ใบ LAB
ในระยาะที่ 2

แบบ บส.06

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน				
Request Date 08/03/2553 เวลา 11:32:21		Request Form CLINICAL HEMATOLOGY Request Number 4685		
HN 0014769	ชื่อผู้ป่วย ค.ญ.นภน้อย รัตสะหมี		ผู้รายงาน นางสาวพนา ปงผาม	
ลำดับ	รายการ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ
1	Hematocrit	10	%	36 - 38

รายงานผล LAB ให้แพทย์ทราบแล้ว
วันที่ 8/3/53 เวลา 12:55
ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุจิตต์ วรรณวิทยา)

รับทราบ
วันที่ 8/3/53 เวลา 15:32
ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุจิตต์ วรรณวิทยา)

ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน				
Request Date 08/03/2553 เวลา 14:38:59		Request Form CLINICAL CHEMISTRY Request Number 4693		
HN 0014769	ชื่อผู้ป่วย ค.ญ.นภน้อย รัตสะหมี		ผู้รายงาน นางสาวพนา ปงผาม	
ลำดับ	รายการ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ
1	Alkaline phosphatase	69	Units	50 - 250
2	Total Bilirubin	5.7	mg/dl	0.1 - 1.2
3	Direct Bilirubin	1.1	mg/dl	0 - 0.5
4	SGOT	153	Units	0 - 40
5	SGPT	130	Units	0 - 45
6	Total Protein	6.8	g/dl	6 - 8
7	Albumin	3.1	g/dl	3.2 - 4.5
8	Globulin	3.7	g/dl	2.5 - 3.5

รายงานผล LAB ให้แพทย์ทราบแล้ว
วันที่ 8/3/53 เวลา 15:00
ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุจิตต์ วรรณวิทยา)

รับทราบ
วันที่ 8/3/53 เวลา 15:32
ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สุจิตต์ วรรณวิทยา)

ผู้ตรวจสอบ..... Request Doctor.....
8/3/53

พิมพ์เวลา 08/03/53 14:42:50

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. บันทึกลงและพิมพ์ผล LAB ในโปรแกรม HosXP
2. ผล LAB อ่านง่าย ชัดเจน
3. ระบุชื่อ - สกุลผู้ป่วยชัดเจน
4. ระบุผู้ตรวจสอบผล LAB ชัดเจน
5. ระบุผู้รายงานผล LAB ให้แพทย์ทราบ ชัดเจน

ภาพตัวอย่าง Medication and Treatment Record
ในระยะเวลาแรก

Medication and Treatment Record โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ															
ชื่อยา/Treatment วิธีใช้	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	จำนวน	ผู้จัด	
	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	เวลา	ผู้จ่าย	
8/ d/1/2 100ml & each	วันที่ 11/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	18.00	off													
RND 50mg 2 ครั้ง	วันที่ 11/6/62		วันที่ 12/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	20	on	06	off											
Losec @ pm Severe pain.	วันที่ 11/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
		off													
Omeprazole 1 x 20 mg	วันที่ 11/6/62		วันที่ 12/6/62		วันที่ 13/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	15	on	07	ผู้จัด	07	ผู้จ่าย									
Alumiluk 300. 0/1 d	วันที่ 11/6/62		วันที่ 12/6/62		วันที่ 13/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	12	on	09	ผู้จัด	09	ผู้จ่าย									
Motilium 1x30 3x	วันที่ 11/6/62		วันที่ 12/6/62		วันที่ 13/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	15	on	07	ผู้จัด	07	ผู้จ่าย									
Pain (50mg) 2 x pm	วันที่ 12/6/62		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		
	21.50	on													
	วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		วันที่		

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
เฉลิมพระเกียรติ อ.เมือง โทร. (054) 795578-8

ชื่อนาง แปลง ใจปิง
อายุ 58 ปี 0 เดือน 8 วัน
HN : 0006467 AN : 520000316
Ward สามัญ สูติกรรม ห้องพิเศษที่ _____ เตียงที่ 1
Physician พ. ชัยสิทธิ์ เดือน ปี 62

Name of Patient	Age	Hospital
Depart of service	Bed	Attending
Diagnosis		Ward

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

- บันทึกชื่อยา การทำหัตถการ ด้วยลายมือ อ่านยาก

ภาพตัวอย่าง Medication and Treatment Record

ในระยยะที่ 2

ใบสั่งยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน Order No. 20173 หน้า 1/1

Ward ตึกสามัญ วันที่ 11 มีนาคม 2553 เวลา 09:38 AN 530000117 HN 0014769

ชื่อ ด.ญ.นกน้อย รัตสะหมี อายุ 6 ปี 0 เดือน 3 วัน

ที่อยู่ บ้านท่าช้าง หมู่ ต.Unknown อ.หงสา จ.ไชยบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1

อาการสำคัญ ซีด อ่อนเพลีย ไอแห้ง เหนื่อยง่าย เป็นมา 2 วัน สิทธิ 23 - ต่างตัวไม่ขึ้นทะเบียน

ก่อนอาหาร			หลังอาหาร			ก่อนนอน	อื่นๆ						
เช้า	เที่ยง	เย็น	เช้า	เที่ยง	เย็น		ทุก 6 ชม.	ทุก 8 ชม.					
รายการ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ							จำนวน	ราคา	บันทึกเวลาการให้ยา				
1	MTV-MULTIVITAMINS 1 mg.	เม็ด	รับประทาน	ครั้งละ 1 เม็ด	หลังอาหารเช้า	1	1.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	FOLlic acid 5 mg.	เม็ด	รับประทาน	ครั้งละ 1 เม็ด	หลังอาหารเช้า	1	1.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รวมมูลค่า								2.00					
รายการ เวชภัณฑ์มีใช้ยา							จำนวน	ราคา	บันทึกเวลาการให้ยา				
1	ค่าบริการทางการแพทย์ (ห้องสามัญ)					1	300.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ค้ห้องสามัญและค่าอาหาร					1	300.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รวมมูลค่า								600.00					
แพทย์ผู้สั่ง นพ.พิจิตต์ วรเดชาวิทยา							รวมมูลค่าทั้งหมด		602.00				
ผู้พิมพ์ใบสั่งยา นส.รัชฎาลักษณ์ อินตะนัย													
ผู้จัดยา			ผู้จ่ายยา			ผู้รับมอบยา		ผู้รับเงิน					
ผู้ตรวจสอบคนที่ 1			เวลา 09.46 น.			ผู้ตรวจสอบคนที่ 2		เวลา 09.46 น.					
บันทึกการใช้วัสดุการแพทย์ / ยาเพิ่มเติม													

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

- พิมพ์ค่ารักษาพยาบาล เช่น ยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา หัตถการ การชันสูตร การตรวจพิเศษ ค่าห้อง ค่าอาหาร ต่าง ๆ จากโปรแกรม HosXP
- ระบุชื่อ - สกุล , HN , AN , เติง , ตึกผู้ป่วย , สิทธิการรักษา และแพทย์ผู้ทำการรักษาไว้ชัดเจน
- ใบสั่งยาเป็นใบสั่งยา 1 วัน ต่อ 1 - 2 แผ่น ทำให้ดูค่ารักษาพยาบาลง่าย
- อ่านออกง่าย ระบุผู้จัดยา ผู้จ่ายยา ผู้ตรวจสอบหลังจากรับยา ลดปัญหา Medication Error

ภาพตัวอย่าง
 ประวัติการใช้ยาเดิม Medication Reconciliation Form
 ระยะเวลาแรก

แบบบันทึกประวัติการใช้ยาเดิมผู้ป่วย โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
 MEDICATION RECONCILIATION FORM

วัตถุประสงค์
 1. เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา
 2. เพื่อเป็นหลักฐานเรื่องความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยา
 3. เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับยา ซึ่งเป็นการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย
 Date of Admission 21/1/2 Date of discharge

ชื่อ สุภาภรณ์ นามสกุล ศาลสงวน HN 12927 AN 12312

โรคประจำตัว

ส่วนสูง..... Cm น้ำหนัก..... Kg ประวัติแพ้ยาอาหาร.....

การวินิจฉัยโรค diabetes

ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจะเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือ ยานี้เคยได้รับ
 ไม่ควรระบุยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน, วิตามิน, อหารเสริม และ สมุนไพรต่างๆ ก่อนที่จะเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือ หอผู้ป่วย
 ได้รับยาจาก.....

ชื่อยา (รูปแบบ/ความแรง)	ขนาด/วิธีใช้/ความถี่/ ความร่วมมือ	ข้อบ่งใช้	Last dose (วัน/เวลา)	Admit ครั้งนี้	ใช้ หรือไม่ใช้	ใช้ เมื่อ รพ. เมื่อ ว/ค/ป
<u>โพร</u>					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้
					ใช่	ไม่ใช้

ยาที่อนุญาตให้ผู้ป่วยทานใช้ได้ตามความสะดวก: 95 อื่นๆ

ผู้บันทึก..... แพทย์ผู้ตรวจสอบ.....

ยาที่ได้รับเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ชื่อยา (รูปแบบ/ความแรง)	ขนาด/วิธีใช้/ความถี่	ข้อบ่งใช้
<u>OR3 - ๑</u>		

ผู้บันทึกยา D/C.....

หมายเหตุ: ยานี้ได้รับเมื่อผู้ป่วยมีอาการครบถ้วน 2 ครั้ง 1) แรกเริ่ม 2) ก่อนผู้ป่วย D/C

วันที่โดย.....

- วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม
1. ไม่ระบุแหล่งที่มาของยาที่ได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาลไว้ชัดเจน ไว้ชัดเจน เช่น จากรพ.อื่น/สถานพยาบาลอื่น หรือ ได้รับจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
 2. ผู้ตรวจสอบประวัติการใช้ยาเดิม ก่อนรับการรักษาไม่ครบสาขา ซึ่งควรประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล

ภาพตัวอย่าง

ประวัติการใช้ยาเดิม Medication Reconciliation Form หน้าที่ 1
 ระยะเวลาที่ 2

แบบบันทึกประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน
Medication Reconciliation Form หน้า 1 / 1

ชื่อผู้ป่วย อ.จ. สมศักดิ์ วิชาญ อายุ ๖๗ Ward สาวิตรี HN ๖๖๖ AN ๐๓/๑๗
 Admission date - 8 มี.ค. 2553 First Diagnosis เบาหวาน
 แพ้ยา (ชื่อยาและอาการ) ไม่เคยแพ้ยา () เคยแพ้ยา ระบุ

ไม่มียาที่ผู้ป่วยรับต่อเนื่องจากรพ.เฉลิมพระเกียรติ มียาที่ผู้ป่วยรับต่อเนื่องจากรพ.เฉลิมพระเกียรติดังนี้

ที่มาของยา	ยาที่ผู้ป่วยใช้ ก่อนเข้า รพ.	จำนวนขนาด / ความถี่ วิธีใช้	เมื่อสุดท้าย ที่ใช้ยา	คำสั่งใช้ยาของแพทย์ครั้งนี้			ปรึกษา แพทย์
				สั่งใช้	ไม่ได้สั่งใช้	ปรับเปลี่ยนระบุ	
รพ.เฉลิมพระเกียรติ		/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เภสัชกรตรวจสอบรายการยา ลงชื่อ รดาภา พยาบาลที่ตรวจสอบรายการยาที่หอผู้ป่วย
 ชื่อ ณ วันที่ 8 มี.ค. 2553 ลงชื่อ [ลายเซ็น] แพทย์ผู้สั่งยา
 CUSTOM-Medication Reconciliation Form

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. ระบุว่าผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่นกรณี Chronic Case
2. ผู้บันทึกและตรวจสอบแบบฟอร์ม มีสหสาขาวิชาชีพ

ภาพตัวอย่าง

ประวัติการใช้ยาเดิม Medication Reconciliation Form หน้าที่ 2
ระยะที่ 2

แบบบันทึกประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน
Medication Reconciliation Form หน้า 2 / 2

ชื่อผู้ป่วย สม. น. นกนิย วัฒน อายุ 6 Ward สาม HN 14769 AN ทว/๑๑
Admission date - 8 มี.ค. 2553 First Diagnosis Tubercu
แพ้ยา (ชื่อยาและอาการ) ไม่เคยแพ้ยา () เคยแพ้ยา ระบุ

ไม่มียาที่ผู้ป่วยรับต่อเนื่องจากรพ.เฉลิมพระเกียรติ มียาที่ผู้ป่วยรับต่อเนื่องจากรพ.เฉลิมพระเกียรติดังนี้

ที่มาของยา	ยาที่ผู้ป่วยใช้ ก่อนเข้า รพ.	จำนวนขนาด / ความถี่ วิธีใช้	เมื่อสุดท้าย ที่ใช้ยา	คำสั่งใช้ยาของแพทย์ครั้งนี้			ปรึกษา แพทย์
				สั่งใช้	ไม่ได้สั่งใช้	ปรับเปลี่ยนระบุ	
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>None</u>						

ไม่มียาที่ผู้ป่วยรับต่อเนื่องจากสถานบริการอื่น มียาที่ผู้ป่วยรับจากสถานบริการอื่นดังนี้

ที่มาของยา	ยาที่ผู้ป่วยใช้ ก่อนเข้า รพ.	จำนวนขนาด / ความถี่ วิธีใช้	เมื่อสุดท้าย ที่ใช้ยา	คำสั่งใช้ยาของแพทย์ครั้งนี้			ปรึกษา แพทย์
				สั่งใช้	ไม่ได้สั่งใช้	ปรับเปลี่ยนระบุ	

ลงชื่อ _____ เภสัชกรตรวจสอบรายการยา ลงชื่อ วิดาพร _____ พยาบาลที่ตรวจสอบรายการยาที่หอผู้ป่วย
ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้สั่งยา

ยาที่ได้รับเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ชื่อยา(รูปแบบ/ความแรง)	จำนวนขนาด / ความถี่ วิธีใช้	ชื่อยา(รูปแบบ/ความแรง)	จำนวนขนาด / ความถี่ วิธีใช้
<u>MTV syrup</u>	<u>1 พ. ๑ pc ๓ 10</u>		

แบบฟอร์มนี้จะต้องให้เภสัชกรตรวจสอบ 2 ครั้ง 1. แรกรับ 2. ก่อนผู้ป่วย D/C

ลงชื่อ _____ เภสัชกรตรวจสอบรายการยา ลงชื่อ วิดาพร _____ พยาบาลที่ตรวจสอบรายการยาที่หอผู้ป่วย
ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้สั่งยา

ข้อมูล ณ วันที่ 8 มีนาคม 2553
CUSTOM-Medication Reconciliation Form

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. ระบุแหล่งที่มาของยาที่ได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาลไว้ชัดเจน ไว้ชัดเจน เช่นจากรพ.อื่น/สถานพยาบาลอื่น หรือได้รับจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
2. ระบุยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล และตรวจสอบโดย สหสาขาวิชาชีพ

ภาพตัวอย่าง
แบบบันทึกวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
ระยะแรก

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน G (Good) = เข้าใจปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด
M (Moderate) = เข้าใจปฏิบัติถูกต้องบางส่วน
P (Poor) = ไม่เข้าใจปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายในเรื่องต่อไปนี้	การประเมินก่อนให้การพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล				ผู้รับการประเมิน
		อธิบาย ลงชื่อ/วคป.	ประเมินผล	อธิบาย ลงชื่อ/วคป.	ประเมินผล	
D (Disease) ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ เช่น ชื่อโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง	P	M	M	M	M	
M (Medication) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ						
E (Environment) การจัดสิ่งแวดล้อม สิทธิการรักษา ปัญหาเศรษฐกิจสังคม						
T (Treatment) การรักษาของแพทย์ สิ่งเกตุอาการผิดปกติ						
H (Health) การเข้าใจภาวะสุขภาพ เช่น การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย						
O (Outpatient) การเข้าใจเห็นความสำคัญ ของการ มาตรวจตามนัด การมาตรวจก่อนนัด แผนการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน						
D (Diet) การรับประทานอาหาร เหมาะสมกับสุขภาพ						

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย... พลเอก ขอมอง... อายุ... 67 ปี HN... 9559... AN... 10/2... DR... น.ต.อ.อ.อ.

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

- ขาดการประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่ชัดเจน เช่น คำแนะนำใดบ้างที่ผู้ป่วยได้รับก่อนจำหน่าย
ยาที่ได้รับก่อนจำหน่าย นัดครั้งต่อไปเมื่อไหร่ การดูแลต่อเนื่องกรณีส่งต่อ
- แบบฟอร์มประเมินยาก เกณฑ์ในการประเมินมีหลายระดับ แต่ละข้ออาจไม่เท่ากัน ทำให้ผู้ประเมินสับสน

ภาพตัวอย่าง
แบบบันทึกวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
ระยะที่ 2

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... นพ.ไพฑูริย์ น.จ.น.น. อายุ 23 ปี Ward..... HN..... AN.....

ส่วนที่ 1 การประเมินก่อนการวางแผนจำหน่าย (ประเมินตั้งแต่แรกรับ)

1. การทำหน้าที่ของร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

2. ความต้องการพึ่งพาผู้อื่น การรับประทานอาหารและยา การเคลื่อนย้าย การเงิน อื่นๆ

3. การดูแลตนเองภายหลังออกจาก รพ. ดูแลตนเอง มีผู้ดูแล (ระบุความเกี่ยวข้อง).....

4. ความต้องการอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ช่วยเหลือ ไม่ต้องการ ต้องการ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 การให้ความรู้ เรื่อง D-M-E-T-H-O-D ก่อนจำหน่าย (วันที่ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อม)

หัวข้อ	รายละเอียด	ประเมินผล ก่อนสอน	ผู้สอน/วันที่	ประเมินผล หลังสอน	ผู้สอน/ วันที่
D	Disease <input type="checkbox"/> ทราบโรคที่เป็น อาการของโรค	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	2/4/6	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	2/3/6
M	Medication <input type="checkbox"/> รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ทราบชื่อยา ชนิดของยา <input type="checkbox"/> ทราบฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	
E	Environment & Economic <input type="checkbox"/> ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน <input type="checkbox"/> การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ-สังคม/อาชีพ	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	
T	Treatment <input type="checkbox"/> ทราบเป้าหมายการรักษา <input type="checkbox"/> มีทักษะการปฏิบัติตนแผนการรักษา เช่น การทำแผล, การฉีดยา	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	
H	HEALTH <input type="checkbox"/> การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ, ข้อจำกัดด้านสุขภาพ	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	
O	Out Patient Referral <input type="checkbox"/> ทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด <input type="checkbox"/> ทราบวันที่/สถานที่นัด/ชื่อแพทย์ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาสุขภาพ ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	
D	Diet <input type="checkbox"/> รับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> P	

หมายเหตุ (การประเมินผล)
G=Good (เข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง) M= Moderate (เข้าใจบ้าง บางส่วน ปฏิบัติตัวได้เหมาะสมบ้าง) P= Poor (ยังไม่เข้าใจ)

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. เพิ่มการประเมินการวางแผนการจำหน่าย โดยประเมินตั้งแต่แรกรับ เพื่อการวางแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. เพิ่มช่องทางในการประเมิน ไว้แต่ละระดับ แบ่งไว้ชัดเจน
3. เพิ่มคำจำกัดความ/ คำอธิบาย ในแต่ละหัวข้อของการวางแผนการจำหน่าย

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ขาดการประเมินและสรุปผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่ชัดเจน เช่น คำแนะนำใดบ้างที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนจำหน่ายยาที่ได้รับก่อนจำหน่าย นัดครั้งต่อไปเมื่อไหร่ การดูแลต่อเนื่องกรณีส่งต่อ

ภาพตัวอย่าง
แบบบันทึกวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ตึกสามัญ)
ระยะที่ 3

แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ วันที่รับ 9 มิถุนายน 53 เวลา 12.30 น. อาการสำคัญ/PI ภาวะกรดเกิน รุนแรง ระดับของกรด 6.2, Ac	อาการก่อนจำหน่าย PI ทุเลาลง ระดับของกรด 5.8, ไม่ถึงเกณฑ์เกณฑ์ ไร้มูลตกในปัสสาวะ
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร <input checked="" type="checkbox"/> ปฏิเสธ <input type="checkbox"/> มีระบุ	ความสมบูรณ์ในการดูแลตนเอง <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ได้บางส่วน
การวินิจฉัยแรกรับ Acute tubule-Interstitial nephritis	ความพร้อมการจำหน่าย <input checked="" type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> หนักกับ <input type="checkbox"/> ย้าย Ward <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> เก็บชีวิต <input type="checkbox"/> ส่งต่อ
ความสมบูรณ์ในการดูแลตนเอง <input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองได้ <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> HPL <input type="checkbox"/> IV Fluid <input type="checkbox"/> NG Tube <input type="checkbox"/> Foley's cath <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย ภาวะญาติ <input checked="" type="checkbox"/> แพทย์ผู้ทำการรักษา <input checked="" type="checkbox"/> แนวทางการรักษา <input checked="" type="checkbox"/> รายละเอียดเกี่ยวกับโรค <input checked="" type="checkbox"/> ผล X-ray <input checked="" type="checkbox"/> ผลการตรวจเลือด <input type="checkbox"/> อาการแสดงที่ภายในของผู้ป่วย <input checked="" type="checkbox"/> ระเบียบการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่รพ. <input checked="" type="checkbox"/> สิทธิผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	สิ่งที่ต้องดูแลต่อเนื่อง / ปัญหาและขอความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ดึงไหม <input type="checkbox"/> ทดสอบ <input type="checkbox"/> ถอดยา <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> ชำระเงินครบ/จ่ายเงิน <input checked="" type="checkbox"/> ใช้สิทธิ ระบุ ท. ๖๖๖๖๖๖๖๖	Home Med - 0.1% Acetoh (200) 1620 ac - 15 Tab-
ที่อยู่ผู้ป่วย ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖๖๖๖๖	วันนัดครั้งต่อไป 1 พ.ค. ๖๖ (๖/๖/๖๖)
ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	คำแนะนำในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ <input checked="" type="checkbox"/> โรคที่เป็นอยู่ อาการของโรค <input checked="" type="checkbox"/> การรับประทานยา/ยาที่ได้รับ <input checked="" type="checkbox"/> การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> การออกกำลังกาย และการออกกำลังกาย <input checked="" type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input checked="" type="checkbox"/> การป้องกันภาวะแทรกซ้อน <input checked="" type="checkbox"/> การมาตรวจติดตามโรค
WARD	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อ.เฉลิมพระเกียรติ อ.มันทรา (๐๕๔) ๘๘๖๕๕ ชื่อนาง มี ท้าวคาม อายุ 56 ปี 8 เดือน 6 วัน HN : 0003303 AN : 530000116 Ward <input checked="" type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> สูติกรรม <input type="checkbox"/> ห้องพิเศษที่ เตียงที่ 27 Physician (นายพญ.จิตติ วรรณวิเศษ) นายแพทย์

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. เพิ่มการประเมินเมื่อแรกรับ ดังนี้ อาการแรกรับ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา ประเมินสภาพผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้ให้กับผู้ป่วย สิทธิการรักษา ที่อยู่ เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. เพิ่มการบันทึกอาการ สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย สถานภาพการจำหน่าย การส่งต่อ สิ่งที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง อุปกรณ์การรักษาที่ติดตัวผู้ป่วย วันนัดครั้งต่อไป ยาที่ได้รับเมื่อจำหน่าย คำแนะนำที่ได้รับก่อนจำหน่าย

ภาพตัวอย่าง
แบบบันทึกวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ตึกสูติกรรม)
ระยะที่ 3

แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
ตึกสูติกรรม

วันที่ 21 เดือน พ พ.ศ. 53

<p>Home medication</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FeSO₄ 1X2 oral pc # 60 tabs. 90</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MTV 1X2 oral pc # 60 tabs. 90</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Para (500) 1 tab oral prn # 20 tabs.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>*สัญญาณชีพ T. <u>37.5</u> c PR. <u>50</u> /min RR. <u>22</u> /min BP. <u>120/80</u> mmHg.</p> <p>*ระดับความรู้สึกตัว <input checked="" type="checkbox"/> ทำตามคำสั่งได้ / รับรู้ วัน เวลา สถานที่</p> <p>*ลักษณะการหายใจ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะหายใจลำบาก / เสียงหายใจปกติ</p> <p>*การทำงานของหัวใจ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>*การควบคุมการขับถ่าย <input checked="" type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะเอง ลักษณะปกติ</p> <p>*ภาวะแทรกซ้อน <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีไข้/ไม่ติดเชื้อ/ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>*พฤติกรรมกรรมการปรับตัว <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ซึมเศร้า/ไม่ก้าวร้าว/ไม่แยกตัว</p> <p>*ความวิตกกังวล/เครียด <input checked="" type="checkbox"/> มีหน้าเสื่ออื่น ไม่มี ความเครียด</p> <p>*ความพร้อมในการกลับบ้าน <input checked="" type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม</p> <p style="text-align: right;">เนื่องจาก.....</p>
<p>D/C โดย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> แพทย์อนุญาโต</p> <p><input type="checkbox"/> Refer รพ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> หนักกลับ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p>	<p>*แผลผ่าตัดหน้าท้อง / ช่องคลอด <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>*ลักษณะน้ำคาวปลา <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>*เต้านมและการหลั่งน้ำนม <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>*ลักษณะทารก (การดูนม / อาการเหลือง / สะดือและ) <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> นัด E/U ตรวจหลังคลอด</p> <p>ที่ <input type="checkbox"/> รพ.....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สอ. <u>เช้า</u></p> <p>วันที่ <u>9</u> เดือน <u>พ</u> พ.ศ. <u>53</u></p>	<p>การให้ความรู้และดูศึกษา</p> <p>*ความรู้เกี่ยวกับโรค <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*ยาที่ใช้ในการรักษา/การให้ยา <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*การปฏิบัติตัวหลังคลอด <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*การฟื้นฟูสภาพ/การออกกำลังกาย <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*อาหารที่เหมาะสม <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*การดูแลทารก <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*อาการผิดปกติของมารดา-ทารก <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p> <p>*การแจ้งเกิด <input checked="" type="checkbox"/> เข้าใจ <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจ</p>
<p>ปัญหาอื่นๆ ที่ต้องติดตาม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มี คือ <u>การสังเกตอาการผิดปกติของแม่</u></p> <p>วันที่ <u>พบแพทย์ 11/10/2013</u> เวลา <u>10.00</u></p>	<p>ลงชื่อ..... <u>[Signature]</u> ผู้สอน</p> <p>ตำแหน่ง..... <u>ผอ</u></p>

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
เฉลิมพระเกียรติ ๖๓ พรรษา (๐๕4) ๘๙๖๕๔๘

ชื่อ: **ช. เขมทัต อุ่นถิ่น**

อายุ 0 ปี 0 เดือน 4 วัน

HN : 0014504 AN : 530000028

Ward 0 สามัญ 0 สูติกรรม 0 ห้องพิเศษที่ เตียงที่ 2

Physician (นายหญิงศักดิ์ วรเศรษฐยา) พ.ท. หญิงใจใจ

นายแพทย์

Name of Pt	HN	AN
Department	Attending of physician นพ.หญิงศักดิ์ วรเศรษฐยา	

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. มีการบันทึกและประเมินอาการของหญิงหลังคลอด ให้มีสภาพพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น ลักษณะหวันมเต้านม การไหลของน้ำนม ระดับมดลูก แผลผ่าตัดหน้าท้อง แผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา เป็นต้นก่อนจำหน่าย
2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด
2. การนัดตรวจหลังคลอด สถานที่นัด เพื่อประสานงานกับสถานพยาบาลรับ/ส่งต่อ ในการดูแลหญิงหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง

ภาพตัวอย่าง

Informed consent

ระยะแรก

ใบยินยอมรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์โดยสมัครใจให้คณะแพทย์ / แพทย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแลอาการของข้าพเจ้า ซึ่งได้รับข้อมูลดังกล่าวต่อไปนี้แล้ว

() การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค

() แนวทางการรักษา ป้องกัน และการปฏิบัติตน

() ผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา

() ผลเสียของการไม่รักษา

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้มีการดำเนินการรักษา โดยการผ่าตัด การรักษาโดยใช้ยาหรือ
การกระทำการตรวจวินิจฉัยตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้คณะแพทย์ / พยาบาลของโรงพยาบาล และผู้ที่ได้รับ
มอบหมายสามารถกระทำการอื่นๆ ด้วยเหตุและผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว อาทิ
เช่น การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ หรือทั่วร่างกาย การให้เลือด และ/หรือผลิตภัณฑ์ของเลือด
การวินิจฉัยทางการรังสีวิทยาและพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ การเจาะเลือด
หาเชื้อ เอช ไอ วี การทำหัตถการอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษา ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
หากการกระทำดังกล่าว กระทำโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวข้าพเจ้าเอง

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอแสดงความ () ยินยอม () ไม่ยินยอม เพื่อการรักษาดังกล่าวข้างต้น

วัตถุประสงค์ <u>หอยจุก</u> (ชื่อผู้ป่วย)	<u>๕/196 ๕๕๗ ๓๐๖</u> (ลายเซ็นผู้ป่วย)	<u>๒ / ๑ / ๕๕</u> (วันที่)
(.....) ชื่อพยาน (ญาติผู้ป่วย+ระบุความสัมพันธ์)	(ลายเซ็นพยาน)	/ / (วันที่)
<u>นางสาวอรุณี ไชยเอ</u> ชื่อพยาน (เจ้าหน้าที่ ร.พ.)	 (ลายเซ็นพยาน)	<u>๒ / ๑ / ๕๕</u> (วันที่)

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 3 : ไม่มีลายมือชื่อพยาน ฝ่ายผู้ป่วย 1 คน ไม่ได้ระบุชื่อ – สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
อย่างชัดเจน และกรณีผู้ป่วยมาคนเดียว ไม่ได้ระบุว่า” ผู้ป่วยมาคนเดียว”
2. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 5 : มีหัวข้อเรื่อง เหตุผล ความจำเป็น วิธีการรักษา/หัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก
ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ แต่ไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจน
3. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 6 : มีหัวข้อเรื่อง เกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ผลการรักษา ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติทราบ
แต่ไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจน
4. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 7 : ไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ที่
อาจเกิดขึ้นที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
5. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 8 : ไม่มีลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อ
ยินยอมรับการรักษา/ปฏิเสธการรักษา

ภาพตัวอย่าง

Informed consent

ระยะที่ 2

ใบยินยอมรับการรักษาและการผ่าตัด		โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ	
คำรับรอง ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา วันที่ <u>26/10</u> ข้าพเจ้า <u>นภาพรวิภา อรุณสัมพันธ์</u> ขอแสดงความยินยอมให้แพทย์ คณะแพทย์/พยาบาล ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เช่น การให้เลือด การใช้ยา ระบุรับความรู้ถึงเฉพาะที่ หรือทั่วร่างกาย การวินิจฉัยทางรังสี แลพธยาริวิทยา การเจาะเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี และการทำ หัตถการอื่นๆ และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัย รักษาพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการ รักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลดังกล่าว ต่อไปนี้แล้ว <input checked="" type="checkbox"/> การวินิจฉัยโรค <u>โรคไต</u> <input checked="" type="checkbox"/> แผนการรักษาของแพทย์ <u>งดน้ำงดอาหาร</u> <input checked="" type="checkbox"/> ผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา..... <input checked="" type="checkbox"/> ผลเสียของการไม่รักษา <u>burns, shock</u> <input checked="" type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น..... <u>ร.ย. เฉลิมพระเกียรติฯ 2 ชั้น</u>		คำรับรอง ยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด วันที่..... ข้าพเจ้า..... ขอแสดงความยินยอมให้แพทย์ คณะแพทย์/พยาบาล ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ทำการผ่าตัด การใช้ยาระับความ ความรู้ถึงเฉพาะที่ หรือทั่วร่างกาย และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้น จากการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งตัวผู้ป่วย เพื่อไปรับการ รักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลดังกล่าว ต่อไปนี้แล้ว <input type="checkbox"/> การวินิจฉัยโรค..... <input type="checkbox"/> แผนการรักษาของแพทย์..... <input type="checkbox"/> ผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา..... <input type="checkbox"/> ผลเสียของการไม่รักษา..... <input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....	
<u>นภาพรวิภา อรุณสัมพันธ์</u> (ชื่อผู้ป่วย)	<u>[ลายมือ]</u> (ลายมือชื่อผู้ป่วย)	(ชื่อผู้ป่วย)	(ลายมือชื่อผู้ป่วย)
(ชื่อพยานญาติ) ความเกียวพันธ์ (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ผู้ปกครอง) <u>นภาพรวิภา อรุณสัมพันธ์</u>	(ลายมือชื่อพยาน) <u>[ลายมือ]</u>	(ชื่อพยานญาติ) ความเกียวพันธ์ (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ผู้ปกครอง)	(ลายมือชื่อพยาน)
(ชื่อพยานเจ้าหน้าที่) <u>[ลายมือ]</u>	(ลายมือชื่อพยาน)	(ชื่อพยานเจ้าหน้าที่) <u>[ลายมือ]</u>	(ลายมือชื่อพยาน)
ผู้ให้ความยินยอม ได้แก่			
<input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> 2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว) <input type="checkbox"/> 3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์ เว้นแต่กรณี ได้สมรสตามกฎหมาย) <input type="checkbox"/> 4. ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> 5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้เป็น คนไร้ความสามารถ			

การปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง

1. เพิ่มรายละเอียดในการยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาพยาบาล และทำการผ่าตัดไว้ชัดเจน
2. เพิ่มรายละเอียดการบันทึกการให้ข้อมูลเรื่อง การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ ข้อดีของการรักษา ข้อเสียของการไม่รักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. พยานฝ่ายผู้ป่วย ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ระบุผู้ให้ความยินยอมในการรักษา

วิเคราะห์ความไม่สมบูรณ์ของแบบฟอร์ม

1. ไม่มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ที่แจ้งแก่ญาติและผู้ป่วยทราบ
2. ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ 8 : ไม่มีลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อ

ยินยอมรับการรักษา/ปฏิเสธการรักษา

ภาพตัวอย่าง

Informed consent

ระยะที่ 3

ใบยินยอมรับการรักษามะเร็งและอวัยวะใกล้เคียง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
<p>ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้แพทย์ทำการวินิจฉัย</p> <p>วันที่ <u>8</u> / <u>3</u> / <u>53</u></p> <p>ข้าพเจ้า <u>อภิญญา สวัสดิ์</u> ผู้เป็น <u>มารดา</u> ของผู้ป่วย</p> <p>ขอสงวนความยินยอมให้แพทย์ คณะแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ</p> <p>ทำการให้การรักษาพยาบาล เช่น การให้เลือด การให้ยาฮอร์โมน การฉายรังสี</p> <p>เฉพาะที่ หรือทั่วร่างกาย การวินิจฉัยทางรังสีและพยาธิวิทยา การตรวจ</p> <p>เลือดทางห้องแล็บ ตรวจวัดระดับฮอร์โมนอื่น ๆ และขั้นตอนการวินิจฉัย</p> <p>ที่ผิดปกติของกรวินิจฉัยทางการแพทย์นั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วย</p> <p>ไปเพื่อรับการรักษามะเร็ง สอนพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร</p> <p>ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลดังกล่าว ดังต่อไปนี้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การวินิจฉัยโรค <u>Thalassemia</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> แผนการรักษาของแพทย์ <u>ฉีดฮอร์โมน</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา <u>ปวดหัว ปวดท้อง</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผลเสียของการไม่รักษา <u>เสียชีวิต</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น <u>อาการแพ้ยา</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ระยะเวลาในการรักษา <u>1-2 วัน</u></p>	<p>ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้แพทย์ทำการวินิจฉัย</p> <p>วันที่</p> <p>ข้าพเจ้า..... ผู้เป็น..... ของผู้ป่วย</p> <p>ขอสงวนความยินยอมให้แพทย์ คณะแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ</p> <p>ทำการให้เลือด การให้ยาฮอร์โมน การฉายรังสีเฉพาะที่ หรือทั่วร่างกาย และขั้นตอน</p> <p>การวินิจฉัยที่ผิดปกติของกรวินิจฉัยทางการแพทย์นั้น ๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วย</p> <p>ไปเพื่อรับการรักษามะเร็ง สอนพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร</p> <p>ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลดังกล่าว ดังต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> การวินิจฉัยโรค.....</p> <p><input type="checkbox"/> แผนการรักษาของแพทย์.....</p> <p><input type="checkbox"/> ผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา.....</p> <p><input type="checkbox"/> ผลเสียของการไม่รักษา.....</p> <p><input type="checkbox"/> ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....</p> <p><input type="checkbox"/> ระยะเวลาในการรักษา.....</p>
<p><u>อ.น. น.กมลวิทย์ สวัสดิ์</u></p> <p>(ชื่อผู้ป่วย) (ลายมือชื่อผู้ป่วย)</p>	<p>(ชื่อผู้ป่วย) (ลายมือชื่อผู้ป่วย)</p>
<p><u>อภิญญา สวัสดิ์</u> <u>แม่ของ อ.กมลวิทย์</u></p> <p>(ชื่อขอรับญาติ) (ลายมือชื่อขอรับญาติ)</p> <p>ความยินยอม (เป็น <u>มารดา</u>) สมใจ ธรรมดา บุตร ผู้ปกครอง</p>	<p>(ชื่อขอรับญาติ) (ลายมือชื่อขอรับญาติ)</p> <p>ความยินยอม (เป็น <u>มารดา</u> สมใจ ธรรมดา บุตร ผู้ปกครอง)</p>
<p><u>น.ร. ศุภพรพรหม รามศิริ</u> <u>ภรรยา</u> <u>อ.กมลวิทย์</u></p> <p>(ชื่อผู้ให้ข้อมูล) (ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล) (ตำแหน่ง)</p>	<p>(ชื่อผู้ให้ข้อมูล) (ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล) (ตำแหน่ง)</p>
<p><u>นพ.สิริวิทย์ วิกรรต์</u> <u>แพทย์</u> <u>นพ.กมลวิทย์</u></p> <p>(ชื่อขอรับญาติแพทย์) (ลายมือชื่อขอรับญาติแพทย์) (ตำแหน่ง)</p>	<p>(ชื่อขอรับญาติแพทย์) (ลายมือชื่อขอรับญาติแพทย์) (ตำแหน่ง)</p>
<p>ผู้ให้ ความยินยอม ให้แก่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วย กรณีที่บรรลุมิติภาวะ และมิได้มีผู้ปกครองตามกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. สมใจหรือควรทราบกฎหมาย และเป็นหนึ่งปีขึ้นไปมิได้มีผู้ปกครอง (ไม่ผู้บังคับ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยตัวไม่บรรลุมิติภาวะ (อายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์) ไม่สามารถมิได้มีผู้ปกครองตามกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ผู้บุพการี กรณีผู้ป่วยเป็นชนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้เป็นคนไร้ความสามารถ</p>	

การปรับปรุง/ เปลี่ยนแปลง

1. เพิ่มข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ที่แจ้งแก่ญาติและผู้ป่วยทราบ
2. เพิ่มลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา/

ปฏิเสธการรักษา

ตัวอย่างแบบฟอร์มอื่น ๆ
ที่เพิ่ม/ปรับปรุง /เปลี่ยนแปลง เพื่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ภาพตัวอย่างแบบฟอร์ม ประเมินผู้ป่วย Risk Group แกรับในห้องคลอด

แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วย Risk Group แกรับในห้องคลอด

ชื่อ-นามสกุล... น.ศ.ศิวพรพร 11/70 อายุ... 20 ปี HN... 431 AN... 218/52

การวินิจฉัยโรค... Labour pain แพทย์ผู้รักษา... ดร.ศรีชล

ลำดับ	เกณฑ์การประเมินผู้ป่วย Risk Group	มี	ไม่มี
1.	ประเมินจาก Risk จากอาการฝากครรภ์.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	ประเมินอาการสำคัญของผู้ป่วย		
	-มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล		<input checked="" type="checkbox"/>
	-มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาลมากกว่า 12 ชั่วโมง		<input checked="" type="checkbox"/>
	-อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์		<input checked="" type="checkbox"/>
	-อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 42 สัปดาห์		<input checked="" type="checkbox"/>
	-มีอาการปวดศีรษะ ตามืด จุกแสบหน้าอก หรือเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ชักก่อนมาโรงพยาบาล		<input checked="" type="checkbox"/>
	-เด็กค้ำน้อยลงอย่างชัดเจน (<4 ครั้ง/มื้ออาหาร)		<input checked="" type="checkbox"/>
	-มีไข้สูง		<input checked="" type="checkbox"/>
3.	ประเมินจากการตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ		
	-ซีดปานกลาง / มาก / Hct < 33%		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท จากการวัดข้างต้น 15 นาที		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที		<input checked="" type="checkbox"/>
	-หายใจมากกว่า 25 ครั้ง/นาที		<input checked="" type="checkbox"/>
	-อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศา		<input checked="" type="checkbox"/>
	-บวมมากกว่าหรือเท่ากับ 3+		<input checked="" type="checkbox"/>
	-เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ไอ มีเสมหะปนเลือด		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	-ตรวจทารกไม่ชี้ท่าศีรษะ		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ส่วนน้ำหนัก ทารก ไม่ชี้ vertex		<input checked="" type="checkbox"/>
	-ประเมินทารกน้ำหนักมากกว่า 3,800 กรัม		<input checked="" type="checkbox"/>
	-เสียงหัวใจทารกเต้นผิดปกติ		<input checked="" type="checkbox"/>

High risk.....

ผู้ประเมิน... น.ศ.ศิวพรพร 11/70

ประเมิน ว/ค.ป. 1/7/2565 เวลา 08.00 น.

ภาพตัวอย่าง

Standing Order Dx. Normal Delivery

Doctor's order Sheet

Date Time	ORDER FOR ONE DAY	วันออกฉีก คำสั่ง	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION	วันออกฉีก คำสั่ง
Dx : Normal Delivery					
17/5/52 06.00u	<input checked="" type="checkbox"/> Admit _____ เมื่อเข้า active phase <input checked="" type="checkbox"/> NPO <input checked="" type="checkbox"/> LRS 1000 ml or Sig. 100 cc/hr <input type="checkbox"/> ANC lab 1 (ถ้าไม่มี ANC) <input checked="" type="checkbox"/> PV <input checked="" type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> ARM <input checked="" type="checkbox"/> Observe FHS <input checked="" type="checkbox"/> Observe Fetal movement <input checked="" type="checkbox"/> Observe Ut. Contraction <input type="checkbox"/> oxytocin 10 U + NSS 1000 ml Sig start 6 ud/min then titrate ถึง 3 ud/min q 15 min <input type="checkbox"/> Retained Foley's cath with bag <input type="checkbox"/> Set NL and Episiotomy <input type="checkbox"/> Refer at รพ. 517 / 617 พยาบาล _____ คน ปรึกษามินิมีคัลด์ by phone น.ส. ศุภพรพร รามศิริ พว 17/5/52 (06.00u) ๒๒ ๒๒			Diet <input checked="" type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Low salt diet <input type="checkbox"/> Diabetic diet <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> _____ Record vital sign Medication <input type="checkbox"/> 1. ยาเค็ม ระบุ _____ _____ _____ _____ <input checked="" type="checkbox"/> 2. ยาที่สั่งใหม่ <input type="checkbox"/> Paracetamol (325/500) Sig. 1 or 2 tab po prn q 4-6 hrs <input checked="" type="checkbox"/> MTV Sig. 1 tab po bid pc <input checked="" type="checkbox"/> Ferrous fumarate Sig. 1 tab po bid pc <input type="checkbox"/> Ampicilin Sig. 2 g iv q 6 hrs	
ปรึกษามินิมีคัลด์ by phone. น.ส. ศุภพรพร รามศิริ 17/5 (06.00u) ๒					
Name of patient	น.ส. รามศิริ นพ1001	Age	26	HN	7426 AN 267/52
Department of service	OBG	Ward	LR	Attending Physician	นายแพทย์ พุฒิชัย วรรณวิทย์

ภาพตัวอย่าง

Standing Order Dx. Status Post Normal Delivery

Doctor's order Sheet

Date Time	ORDER FOR ONE DAY	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION
Dx : Status Post Normal Delivery			
16/5/52 9:00	<input checked="" type="checkbox"/> IV run off <input checked="" type="checkbox"/> Plan D/C 48 hrs <input type="checkbox"/> Refer at 3rd day / 1st mo <div style="color: red; font-size: small;"> 2 16/5/52 09:00 </div>	16/5/52 9:00	Diet <input checked="" type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> Low salt diet <input type="checkbox"/> Diabetic diet <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Record vital sign Medication <input type="checkbox"/> 1. 1000 mg <input type="checkbox"/> 2. 1000 mg <input checked="" type="checkbox"/> Paracetamol (325/500) Sig. for 2 tab po prn q 4-6 hrs <input checked="" type="checkbox"/> MTV Sig. 1 tab po bid pc <input checked="" type="checkbox"/> Ferrous fumarate Sig. 1 tab po bid pc <div style="color: red; font-size: small;"> 2 16/5/52 09:00 </div>
16/5/52 9:15	Dic 1x PP 6x 1) paracetamol 2x 2) MTV 1x 3) PF 1x		
Name of patient 22. of 257741 16/5/52 09:00		Age 20 HIN 9826 AN 263/182	
Department of service 266		Ward LR Attending Physician 257741	

ภาพตัวอย่าง

Standing Order Dx. New Born

Doctor's order Sheet

Date Time	ORDER FOR ONE DAY	วันที่ออกคำสั่ง	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION	วันที่ออกคำสั่ง
	Dx : Normal Newborn				
28/1/52	<input checked="" type="checkbox"/> Admit <input checked="" type="checkbox"/> Suction ปากและจมูก <input checked="" type="checkbox"/> ใช้น้ำยาแต้มตา <u>tetracyclin eye ointment</u> <input checked="" type="checkbox"/> Keep warm <input checked="" type="checkbox"/> HBV 0.5 cc IM <input checked="" type="checkbox"/> Vit K 1 amp IM <input checked="" type="checkbox"/> BCG 1 amp IM <input checked="" type="checkbox"/> Plan D/C หลังคลอด 48 hrs <input checked="" type="checkbox"/> Hct, MB หลังคลอด 48 hrs ถ้าผลปกติให้กลับบ้านได้ <input type="checkbox"/> Refer at รพท ปิว/บ้าน พยานาถ _____ คน		28/1/52	Diet <input checked="" type="checkbox"/> Breast feeding <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> _____ Record vital sign Medication <input type="checkbox"/> Paracetamol syr. Sig. _____ tsp po prn q 4-6 hrs for fever	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> รับคำสั่ง นพ.สุจิตต์ วรรณวิชา ทางโทรศัพท์ ลงชื่อ..... <u>Am</u> (นส.อรุณี วรรณวิชา) วันที่..... 28/1/52 เวลา..... 08.05. รับทราบและรับรองว่าถูกต้อง ลงชื่อ..... <u>Am</u> (นายแพทย์ สุจิตต์ วรรณวิชา) วันที่..... 28/1/52 เวลา..... 17:44 </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> รับคำสั่ง นพ.สุจิตต์ วรรณวิชา ทางโทรศัพท์ ลงชื่อ..... <u>Am</u> (นส.อรุณี วรรณวิชา) วันที่..... 28/1/52 เวลา..... 08.05. รับทราบและรับรองว่าถูกต้อง ลงชื่อ..... <u>Am</u> (นายแพทย์ สุจิตต์ วรรณวิชา) วันที่..... 28/1/52 เวลา..... 17:44 </div>	
30/1/52 01:16			29/1/52	pm 1/2 tsp po prn	
				2 12.00 27/1/52 7.30	
Name of patient <u>นส.อรุณี วรรณวิชา</u>		Age <u>NB</u>		HN <u>7156</u>	AN <u>28/1/52</u>
Department of service <u>OB</u>		Ward <u>Am</u>		Attending Physician <u>นายแพทย์ สุจิตต์ วรรณวิชา</u>	

**ผลการทบทวนเวชระเบียน
(Medical Record Audit)**

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

HCODE	GRP	DEPT	DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	01		DxOp	0	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2
			Other	0	0	2	1	2	0	0	2	2	2	0	2
			Informed consent	0	0	2	1	1	0	1	0	0	1	2	2
			History	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	2
			Physical exam	0	0	2	2	1	2	0	0	2	0	2	2
			Progress note	0	0	1	0	1	0	2	2	1	2	1	2
			Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Anaesthetic record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Operative note	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Labour record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Rehabilitation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Nurses's note helpful	0	0	2	2	0	0	1	2	1	1	0	2

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

HCODE	GRP	DEPT DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	01	DxOp	0	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2
		Other	0	0	2	1	2	0	0	2	2	2	0	2
		Informed consent	0	0	2	1	1	0	1	0	0	1	2	2
		History	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	2
		Physical exam	0	0	2	2	1	2	0	0	2	0	2	2
		Progress note	0	0	1	0	1	0	2	2	1	2	1	2
		Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Anaesthetic record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Operative note	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Labour record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Rehabilitation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Nurses's note helpful	0	0	2	2	0	0	1	2	1	1	0	2

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

96

HCODE	GRP	DEPT	DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	03		DxOp	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3
			Other	0	0	3	3	3	0	0	3	3	3	0	3
			Informed consent	0	0	1	3	1	1	3	3	0	0	1	3
			History	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
			Physical exam	0	0	1	1	2	2	1	1	3	0	1	3
			Progress note	0	0	1	0	1	0	1	3	0	3	3	3
			Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Anaesthetic record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Operative note	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Labour record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Rehabilitation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Nurses's note helpful	0	0	3	3	0	2	2	3	2	3	1	3

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

HCODE	GRP	DEPT	DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	04		DxOp	0	0	4	1	6	6	2	6	6	6	6	6
			Other	0	0	6	6	6	0	1	6	6	6	0	6
			Informed consent	0	0	4	4	2	1	5	5	4	4	5	6
			History	0	0	6	1	3	1	0	0	0	0	0	6
			Physical exam	0	0	5	6	2	3	1	1	4	0	0	6
			Progress note	0	0	4	0	4	0	2	4	1	1	6	6
			Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Anaesthetic record	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
			Operative note	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
			Labour record	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
			Rehabilitation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Nurses's note helpful	0	0	6	6	2	3	5	4	4	4	4	6

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

HCODE	GRP	DEPT DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	07	DxOp	0	0	5	6	6	6	1	5	6	6	6	6
		Other	0	0	5	6	6	1	5	6	6	6	0	6
		Informed consent	0	0	3	4	2	3	3	5	1	1	3	6
		History	1	0	4	3	4	2	0	1	0	4	2	6
		Physical exam	0	0	4	5	2	3	3	4	3	2	2	6
		Progress note	1	0	3	2	2	2	3	4	5	4	4	6
		Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Anaesthetic record	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
		Operative note	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Labour record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Rehabilitation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Nurses's note helpful	0	0	6	6	3	4	5	5	4	0	1	6

(4) จำนวนเวชระเบียนแยกตามเกณฑ์

HCODE	GRP	DEPT	DESCRIPTION	Miss	No	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	เกณฑ์ 6	เกณฑ์ 7	เกณฑ์ 8	เกณฑ์ 9	เวชระเบียน
11625	08		DxOp	0	0	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
			Other	0	0	4	4	4	0	1	4	4	4	0	4
			Informed consent	0	0	4	4	2	1	3	3	2	1	3	4
			History	1	0	3	3	2	2	0	0	1	0	0	4
			Physical exam	0	0	3	3	2	2	3	3	3	1	0	4
			Progress note	1	0	1	0	1	0	1	3	2	1	3	4
			Consultation record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Anaesthetic record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Operative note	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Labour record	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Rehabilitation record	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			Nurses's note helpful	0	0	3	4	0	0	3	4	1	4	3	4

(5) ค่าเฉลี่ยแยกตามรายการ

HCODE	GRP	DEPT	DxOp	Other	Inform	History	Physic	Prog	Consult	Anaest	Oper	Labour	Rehab	Nurses	Full Score	Sum Score	%
			Mean	7.33	7.91	5.25	3.25	4.25	5.50	1.33	0.00	0.00	0.00	6.00	657.00	408.00	62.10
11625	01		7.00	5.50	4.00	2.50	5.50	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.50	126.00	68.00	53.96
11625	02		8.56	6.67	5.33	2.22	4.67	3.89	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.78	576.00	334.00	57.98
11625	03		8.00	6.00	4.33	0.67	4.00	4.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.33	189.00	100.00	52.91
11625	04		7.17	6.17	5.67	1.83	3.67	3.67	0.00	5.00	6.00	7.00	0.00	6.33	405.00	225.00	55.55
11625	07		7.83	6.83	4.17	3.33	4.67	4.83	0.00	6.00	0.00	0.00	0.00	5.67	387.00	232.00	59.94
11625	08		8.75	6.25	5.75	2.75	5.00	3.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.50	261.00	148.00	56.70
			Mean	7.88	6.23	4.87	2.21	4.58	4.06	0.00	2.16	1.00	1.16	5.68	1,944.00	1,107.00	56.94