
แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน ตามเกณฑ์ของ สปสช.

Facilitator: Pawin Puapornpong

MEDICAL RECORD

✘ **Medical Record** คือเอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึก และเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย

✘ **Medical Record Audit**

- + มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน และความถูกต้องสมบูรณ์ของกระบวนการทั้งหมด
- + นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ และแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

- ✘ เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - + Patient's profile
 - + History
 - + Physical examination
 - + Treatment/investigation
 - + Follow up
- ✘ เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - + Operative note
 - + Informed consent



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	เพิ่ม คะแนน	หัก คะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	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 (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

คำอธิบาย
 NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น
 Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

Audit by Audit Date

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- ✘ เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - + Discharge summary: diagnosis, operation
 - + Discharge summary: others
 - + Informed consent
 - + History
 - + Physical exam
 - + Progress note, Doctor's order
 - + Nurses' note

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- ✘ เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่องมีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - + Consultation record
 - + Anesthetic record
 - + Operative note
 - + Labour record
 - + Rehabilitation record

1. DISCHARGE SUMMARY

✘ In-patient discharge summary

- + เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลการรักษา เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การสรุปการวินิจฉัยโรค เรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD-10) และการทำหัตถการ (ICD-9-CM) ทั้งนี้จะต้องมีข้อมูลดังต่อไปนี้

1. DISCHARGE SUMMARY

✘ 1. Principal diagnosis

✘ 2. Other diagnosis

+ Comorbidity

+ Complications

+ Other diagnoses

+ External cause

✘ 3. Procedure/Operation

✘ 4. Clinical summary

1.DISCHARGE SUMMARY

✘ 5.Discharge status / type

+ Discharge status

- 1.complete recovery
- 2.improved
- 3.not improved
- 4.normal delivery
- 5.un-delivery
- 6.normal child discharged with mother
- 7.normal child discharged separately
- 8.stillbirths
- 9.dead

+ Discharge type

- 1.with approval
- 2.against advice
- 3.by escape
- 4.by transfer
- 5.other (specify)
- 6.dead, autopsy
- 7.dead, no autopsy

1. DISCHARGE SUMMARY

- ✘ 6.การลงลายมือชื่อแพทย์
- ✘ 7.ตัวย่อที่เป็นสากลสามารถใช้ในการสรุปการวินิจฉัยโรคและการทำหัตถการ
คือ ตัวย่อที่มีอยู่ในหนังสือ ICD-10, ICD-9-CM, Standard coding
guidelines เท่านั้น
- ✘ 8.Cause of death



1. ADMISSION NUMBER		2. ID. NO. (เลขประจำตัวประชาชน)		3. HOSPITAL NUMBER	
4. PATIENT NAME			5. MARITAL STATUS (สมรส)		6. SEX (หญิง)
7. PATIENT ADDRESS				8. OCCUPATION (รับจ้าง)	
9. ETHNIC GROUP (เชื้อชาติ กัมพูชา)		10. DATE OF BIRTH (24/02/2535)		11. PERSON TO BE NOTIFIED	
13. CONDITION OF CHILD AT BIRTH (LIVEBORN)			14. AGE AT ADMISSION (25 ปี 11 เดือน 27 วัน)		
15. GRAVIDITY (3)		16. PARITY (3)		17. LIVING CHILDREN (3)	
18. SEROLOGY		19. BIRTHWEIGHT GRAMS		22. DATE OF ADMISSION (22/02/2561 02:13)	
20. DEPARTMENT (OBSTETRICS)			21. WARD (ห้องคลอด (LR))		22. DATE OF DISCHARGE (24/2/61)
23. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL (2 days)			24. DATE OF DISCHARGE (24/2/61)		
24. DIAGNOSES					
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS (Spontaneous vertex delivery unassisted)			Morphology		
(2) COMORBIDITY (Singleton live birth, anemia, uncertain date, poor weight gain)			DRG =		
(3) COMPLICATION			RW =		
(4) OTHER DIAGNOSIS			จำนวนค่าเฉลี่ยโดย		
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY					
25. OPERATION					
OPERATING ROOM PROCEDURE (ห้ามเขียนด้วย) DATE TIME IN TIME OUT					
26. NON OPERATING ROOM PROCEDURE					
27. DISCHARGE STATUS (4) NORMAL DELIVERY					
28. DISCHARGE TYPE (1) WITH APPROVAL					

IN CASE DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM

ATTENDING PHYSICIAN: *[Signature]* APPROVED PHYSICIAN: *[Signature]*

SIGNATURE CODE: 7. 56198 SIGNATURE CODE: 7. 56198

ผู้บันทึก (Coder): 2.48594 HOS-070-4-001-00



AN A02891-01 HN 004028-61

Large Summary Note) ภาควิชา OBs 8

ชื่อ: *[Name]* นชช อายุ 35 ปี

G 3 P 3 0 0 2 HN 004028661 ANC 26/16/Ward 8/8 แพทย์เจ้าของไข้: อ. พริษฐ์ รหัสแพทย์

Admit (d/m/y) 11/08/61 OPD ER Hosp transfer Dept transfer

Discharge 24/02/61 Discharge status Improved Transfer Death

Complete Recover By Escape Other

History/pertinent finding/clinical courseหรือตามsequence ที่สำคัญ (contraception กัญชา) *[Handwritten notes]*

Lab & Investigation/Pathologic report/Imaging study (ICD9 CM / ICD10) *[Handwritten notes]*

Principal diagnosis / ICD10: G3P3A0 G3A8+3wk E monomal vaginal delivery

Correlating: single live birth, anaemia

Principal complications / ICD10: -

Other diagnosis / ICD10: -

Medication on discharge: paracetamol/cococ / tab papripic 6h 30, ferrous fumarate (cococ) / tab po orpc 30

Plan of follow up/treatment: - หรือ OP clinic 6 wk Adm contraceptive like LARC. pt monitor 1 ปี

วันนัดมาตรวจ: / ที่ต้องตรวจ: - เวลา: - น. พบแพทย์: -

หมายเหตุ: ผู้สรุป: *[Signature]* รหัสแพทย์: 756996 วันที่สรุป: 24/1/61

ผู้บันทึก: *[Signature]* รหัสแพทย์: 7. 56198 HOS-20-4-009-00

24. DIAGNOSES				
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS	Spontaneous vertex delivery unspecified.	Morphology		
(2) COMORBIDITY	Singleton live birth, anemia, uncertain date, poor weight gain			
(3) COMPLICATION	-	DRG =		
(4) OTHER DIAGNOSIS	-	RW =		
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY		จำนวนค่าเฉลี่ยโดย		
25. OPERATION		DATE	TIME IN	TIME OUT
OPERATING ROOM PROCEDURE ห้ามเขียนตัวข้อ				
1	-			
2				
3				
4				
26.	NON OPERATING ROOM PROCEDURE () Hemodialysis () UVC () MRI(ระบุ.....) () Tracheostomy () Gastric lavage () Paracentesis () Blood transfusion () IVP(ระบุ.....) () On ventilator (<input type="checkbox"/> <96 hr, <input type="checkbox"/> >96 hr) () Central venous cath () Intercoastal drainage (ICD) () EKG(<input type="checkbox"/> 12 leads, <input type="checkbox"/> monitoring) () EEG () On E-T tube () Chemotherapy () Thoracocentesis () U/S(ระบุ.....) () CPR () Venesection(Cut down) () Lumbar puncture(LP) () UAC () CT(ระบุ.....) () Echocardiogram () other... <u>EFM</u> / <u>Vaginal delivery</u>			
27. DISCHARGE STATUS		28. DISCHARGE TYPE		
1. COMPLETE RECOVERY	6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER	1. WITH APPROVAL	5. OTHER.....	
2. IMPROVED	7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY	2. AGAINST ADVICE	8. DEAD AUTOPSY	
3. NOT IMPROVED	8. STILLBIRTH	3. BY ESCAPE	9. DEAD NO AUTOPSY	
4. NORMAL DELIVERY	9. DEAD	4. BY TRANSFER		
5. UNDELIVERY		Hospital to by transference.....		

IN CASE DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

DISCHARGE SUMMARY

- ✘ ให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์
 - + เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับ ผลการตรวจสอบ)
 - + เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ หรือเป็นพิษจากสารเคมี(External cause)
 - + เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและการผ่าตัด(Procedure/Operation) เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวัน/เดือน/ปี และเวลาที่เริ่มต้น-สิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

DISCHARGE SUMMARY

- + เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุป Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย
- + เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปในส่วน clinical summary โดยต้องมีทุกข้อ
 - ✗ สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา - การ investigated
 - ✗ การรักษาและผลการรักษา
 - ✗ แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจากหน้าผู้ป่วยโดยย่อ
 - ✗ Home medication
- + เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

DISCHARGE SUMMARY

- + เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปร discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น by transfer ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ สกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
 - ✗ หักคะแนนข้อละ 1 คะแนน กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข

2.DISCHARGE SUMMARY : OTHER

- ✘ บันทึกสรุปการจำหน่ายในส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคและการทำผ่าตัด/ หัตถการ ประกอบด้วย
 - 1.ข้อมูลผู้ป่วย : ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ, วันเดือนปีเกิด, เลขประจำตัวประชาชน, ที่อยู่ปัจจุบัน
 - 2.ข้อมูลญาติ/ผู้ให้ติดต่อ : ชื่อ-สกุล, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ที่อยู่ติดต่อได้, หมายเลขโทรศัพท์
 - 3.ข้อมูลโรงพยาบาล : ชื่อ โรงพยาบาล, HN, AN, วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge, จำนวนวันนอน



1. ADMISSION NUMBER		2. ID. NO.		3. HOSPITAL NUMBER	
4. PATIENT NAME			5. MARITAL STATUS		6. SEX
7. PATIENT ADDRESS			สมรส		หญิง
9. ETHNIC GROUP			เชื้อชาติ		8. OCCUPATION
กัมพูชา					รับจ้าง
11. PERSON TO BE NOTIFIED			12. ATTENDING PHYSICIAN		
			อ. รุ่ง		
13. CONDITION OF CHILD AT BIRTH				14. AGE AT ADMISSION	
<input checked="" type="checkbox"/> LIVEBORN <input type="checkbox"/> CLINICALLY MATURE <input type="checkbox"/> STILLBORN <input type="checkbox"/> CLINICALLY PREMATURE				25 ปี 11 เดือน 27 วัน	
15. GRAVIDITY	16. PARITY	17. LIVING CHILDREN	18. SEROLOGY	19. BIRTHWEIGHT GRAMS	22. DATE OF DAY / MONTH / YEAR / TIME
3	3	5			ADMISSION 22/02/2561 02:13
20. DEPARTMENT			21. WARD		DISCHARGE 24/2/61
1 MEDICINE 5 PEDIATRICS 8 ORTHOPEDICS 12 REHABILITATION			ห้องคลอด (LR)		23. LENGTH OF STAY IN HOSPITAL
2 SURGERY 6 OTO-RHINO 9 PSYCHIATRY 13 OTHER					2 days.
3 OBSTETRICS 7 LARYNGOLOGY 10 RADIOLOGY					
4 GYNECOLOGY 7 OPHTHALMOLOGY 11 DENTAL					
24. DIAGNOSES					Morphology
(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS Spontaneous vertex delivery unspecified.					
(2) COMORBIDITY Singleton live birth, anemia, uncertain date, poor weight gain					
(3) COMPLICATION -					DRG =
(4) OTHER DIAGNOSIS -					RW =
(5) EXTERNAL CAUSE OF INJURY					คำนวณค่าเฉลี่ยโดย
25. OPERATION					
OPERATING ROOM PROCEDURE ห้ามเขียนด้วย					
DATE TIME IN TIME OUT					
1 -					
2					
3					
4					
26. NON OPERATING ROOM PROCEDURE () Hemodialysis () UVC () MRI(ระบุ.....)					
() Tracheostomy () Gastric lavage () Paracentesis () Blood transfusion () IVP(ระบุ.....)					
() On ventilator (<96 hr, >96 hr) () Central venous cath () Intercoastal drainage (ICD) () EKG(< 12 leads, > 12 leads, monitoring)					
() EEG () On E-T tube () Chemotherapy () Thoracocentesis () U/S(ระบุ.....) () CPR					
() Venesection(Cut down) () Lumbar puncture(LP) () UAC () CT(ระบุ.....) () Echocardiogram					
(other: EFM Vaginal delivery)					
27. DISCHARGE STATUS			28. DISCHARGE TYPE		
1. COMPLETE RECOVERY 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. NORMAL DELIVERY 5. UNDELIVERY			1. WITH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. BY ESCAPE 4. BY TRANSFER Hospital to by transferec.		
6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY 8. STILLBIRTH 9. DEAD			5. OTHER 8. DEAD AUTOPSY 9. DEAD NO AUTOPSY		

IN CASE DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM

ATTENDING PHYSICIAN

SIGNATURE

CODE 2.56196

ผู้บันทึก (Coder)

APPROVED PHYSICIAN

SIGNATURE

CODE 2.56196

2.48594

HOS-070-4-001-00

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

DISCHARGE SUMMARY : OTHER

- + เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, เพศ, อายุหรือวันเดือนปีเกิด ถูกต้องครบถ้วน
- + เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชน
- + เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย
- + เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล ของญาติ/ผู้ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

DISCHARGE SUMMARY : OTHER

- + เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของญาติ
- + เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล, HN, AN ถูกต้อง
- + เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล วันเดือนปีที่ admit, discharge, ถูกต้อง
- + เกณฑ์ข้อที่ 8 จำนวนวันนอน ถูกต้อง
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 มีความครบถ้วนตามแบบฟอร์ม In-patient discharge summary