

9. OPERATIVE NOTES

- ✘ เอกสารที่ใช้ประเมิน คือ เอกสารบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
- ✘ รายละเอียดการบันทึก
 1. รายละเอียดวิธีการผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ สิ่งที่ตัดออก การส่งชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด จำนวนเลือดที่สูญเสีย
 2. ชื่อการผ่าตัด / หัตถการ ระบุตำแหน่ง ข้าง วิธีที่ใช้ระงับความรู้สึก วันที่, เวลา ที่เริ่มและสิ้นสุดการผ่าตัด(ทั้ง LA และ GA)
 3. Pre-operative Diagnosis : การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
 4. Post-operative Diagnosis : การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด
 5. ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด , Assistant, Scrub nurse



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ใบรายงานการผ่าตัด

Date 20/2/61 Time start 15:00 end 18:00 Surgeon อ.ศ.ชิน
Assistant R. ธิเบศ, Int. 400-9342, R. ธิเบศ
Preoperative diagnosis Ovarian cancer
Post operative diagnosis Lt. Ovarian tumor & endocervical mass & severe pelvic adhesion
Operative procedure Total abdominal hysterectomy & Lt. salpingophorectomy & Pelvic node sampling & omental biopsy
Anesthesia EB & GA Anesthesiologist อ. ธีรพงศ์, น. ธีรพงศ์
Scrub nurse อ. ธิเบศ Circulating nurse อ. ธิเบศ

Position Supine
Incision Maylard

Operative finding



EBL 1000 ml

☒ Pathological examination

☐ No

☒ Yes specimen of

Operative procedure

- Patient was placed on supine position, under adequate anesthesia.
- Abdominal wall was prepared under sterile technique. Maylard incision was done.
- Peritoneal washing was done. Abdominal survey was done.
- Left Ovarian tumor was identified, under Dense Pelvic adhesion. Obliterate Left adhesion.
- Severe adhesion between Rt. adnexa and large bowel.
- Adhesiolysis was done. Accidental rupture Lt. ovarian tumor occurred while adhesion was lysed.

ชื่อ-นามสกุล [Redacted] อายุ 42 ปี H.N. 2765-61
แผนก ชนท หอผู้ป่วย 8/2 แพทย์ อ.ศ.ชิน A.N. 802510-61
การวินิจฉัยโรค CA ovary วันที่รับ ค. 2/61 วันที่จำหน่าย

HOS-20-00-4-005-4

- Rt. round ligament was identified, clamped, cut and ligated.
- Bladder flap was done.
- Lt. and Rt. uterine vessels were identified, clamped, cut and double ligated.
- Skeletonization was done.
- Cervico vaginal junction was grasped by Allis forceps.
- Retrograde hysterectomy was done.
- Vaginal cuff was grasped with Allis forceps.
- Vaginal stump was closed with vicryl No. 1, continue non-locking technique.
- Pelvic node sampling was done both sides.
- Omental biopsy was done.
- Bleeding was checked and secured. Pelvic toilet was performed.
- Fibrillar was placed at cul-de-sac.
- Radivac No. 12
- Jackson patch drain was placed in pelvic cavity.
- Rectus sheath was closed with Vicryl No. 1, continue non-locking technique.
- Radivac No. 10 drain was placed at subcuticular layer.
- Skin was closed with staple.
- No immediately complication, EBL 1000 ml
- Patient was transferred to SICU for closed observation.

R. ธิเบศ / R. ธิเบศ / อ.ศ.ชิน
นาง. ธิเบศ น. ธิเบศ
2. 61143

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

OPERATIVE NOTES

- ✗ โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - + เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน
 - + เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre operative diagnosis)
 - + เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ
 - + เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ
 - + เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

OPERATIVE NOTES

- + เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- + เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก ชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์/วิสัญญี/scrub nurse) และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 ลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ
- + หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่ มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง
- + หมายเหตุ ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากส่วนที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

9. LABOUR RECORD

- ✖ เอกสาร ที่ใช้ประเมิน คือ เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case)
- ✖ รายละเอียดการบันทึก การบันทึกการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

9. LABOUR RECORD

1. การประเมินผู้คลอดแรกรับ : Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, GA), ANC history, complication, risk monitoring, PE)
2. การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอก : วัน เวลา ชีพจร ความดันโลหิต progress of labor (uterinecontraction, cervical dilation&effacement, status of membrane), fetal assessment (FHR , movement, station), การให้ยา, complication
3. การประเมินระยะคลอด : วันที่, ระยะเวลาการคลอดแต่ละ stage (เต็ง, รก), วิธีการคลอด, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การให้ยา, episiotomy, complication

9. LABOUR RECORD

4. การประเมินระยะหลังคลอด :

- ✗ 4.1 มารดา : การให้ยา, placenta checked, complication, blood loss, VS.
หลังคลอด 2 ชม.
- ✗ 4.2 ทารก : เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1? 5? 10?),
complication, PE (head to toe assessment)

5. ชื่อ ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด, แพทย์/พยาบาลผู้รับเด็ก (กรณีที่ ผู้อื่นบันทึกให้จะต้องมีการ ลงลายมือชื่อผู้ทำคลอดกำกับ)



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

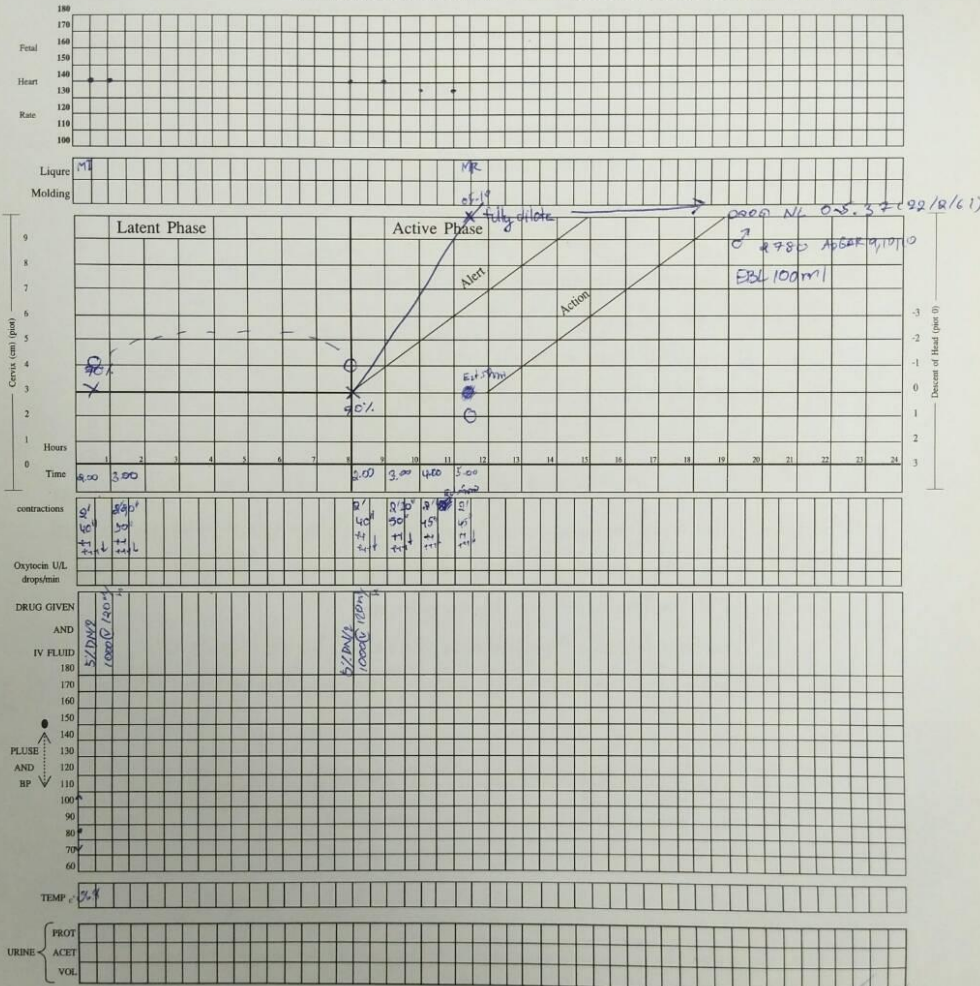
คณะแพทยศาสตร์ สยามบรมราชกุมารี

ใบติดตามการคลอด



Para 2-0-0-2 GA 33+3 HN 00402861

Time of admission 01.55 Time of ruptured membranes 05.10



MODIFIED WHO PARTOGRAPH

24.11.2020
พ.ญ.อัยศ ชูคำ
25596
NUR-000-4-024-00 หน้า 1/2
พ.ทศพร เอกภูมิ
2.48594



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เลขที่ 62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120 โทร (037) 395085-6

รายละเอียดการคลอด (มารดา)

ชื่อ - สกุล น.ส. ลาดิน พอน(ชาวกับพูซา)

อายุ 25 ปี

HN 004028-61

ประวัติ ANC						
ANC No.	GA ที่ฝากครรภ์แรก MSMC	สัปดาห์	การฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่อื่น			
สถานที่ฝากครรภ์ที่อื่น โรงพยาบาลสุกฤดา	ฝากครรภ์ที่อื่นมา	2 ครั้ง	GA ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อื่น สัปดาห์			
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์	ครั้ง	G 3	Para 2-0-0-2	LMP 29/05/2560	EDC 05/03/2561	Corrected EDC 05/03/2561
GA By LMP 38 W 4 D	Corrected GA 38 W 4 D	น้ำหนัก 50 กก.		ส่วนสูง 150 ซม.		
HN สามี	☐ ไม่แจ้งชื่อ-สกุล	ชื่อสามี นาย		วัดจีนบาดทะยัก -		

Risk, Complications, Plan of management

-late anc
-poor anc
-maternal anemia HCT 31.6 mcv 61.4
(สามี screening จากที่อื่นไม่ได้ผลมา (ผู้ป่วยแจ้งว่าดื่มน้ำ)
lab 1st ANC
CBC- Hb 10.4 Hct 30 MCV 69
DCIP- negative
VDRL- non reactive
HbsAg- negative
Anti-HIV- negative
Blood group- O positive

รายละเอียดการคลอด (มารดา)

เวลาเริ่มเข้าห้องคลอด	22/02/2561 01:55	LR No. 000229-61
เริ่มเจ็บครรภ์คลอด	21/02/2561 20:00	การป้องกัน PPH ☒ Oxytocin ☒ Methergin
ถุงน้ำคร่ำแตกเมื่อ	22/02/2561 05:10	วิธีการแตกของน้ำคร่ำ Spontaneous rupture เวลาที่ปากมดลูกเปิดหมด 22/02/2561 05:10
วัน-เวลาการคลอด	22/02/2561 05:40	Transfer To ห้องคลอด (LR) เวลา Transfer 22/02/2561 07:00
พยาบาลผู้บันทึก	นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์	วันที่บันทึก 22/02/2561 06:08 ผู้ตรวจสอบ Tampon

วิธีการเจ็บครรภ์คลอด

--	--

การให้ยาระงับปวดแก่มารดาระหว่างการคลอด

--	--

มีเย็บ ไม่มี	ตำแหน่ง	Degree	การเย็บผิวหนัง
Estimate blood loss 100 ml	วิธีคลอดกร Modified Crede, Controlled cord traction	P.P.H No	

Intrapartum complications, Early postpartum complications and Treatments

น้ำหนักแรก	600 กรัม	ขนาด กว้าง x ยาว	21 x 21 ซม.	Cord insertion Central	ตัดห่างจากบริเวณ 10 ซม.
สายสะดือยาว	43 ซม.	คลอดครก/สายสะดือ	ครบ	ลักษณะผิดปกติ	
นิสิตแพทย์	แพทย์ผู้สูดนม นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์				
แพทย์ผู้บันทึก	นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์				
ประเภทผู้ทำคลอด	แพทย์	ผู้บันทึก	นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์	วันที่บันทึก	22/02/2561 06:04

ลำดับ	แพทย์/เจ้าหน้าที่	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	หน้าที่	หมายเหตุ
1	นพ. อรรถ ช่าง	756196	ผู้ทำคลอด	
2	นสพ. ภักธพล ทวีวิทยการ		ผู้ช่วยทำคลอด	
3	นพ. อรรถ ช่าง	756196	ผู้ตรวจสอบถึงลูกถึงในช่องคลอด	
4	นสพ. ภักธพล ทวีวิทยการ		ผู้ช่วย	



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เลขที่ 62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120 โทร (037) 395085-6

ข้อมูลทารก

ชื่อ - สกุล ค.ช. บุตรน.ส.ลาดิน พอน(ชาวกับพูซา)	อายุ	HN 004030-61	AN A02693-61
Birth No. 000211/61	GA By LMP 38 W 4 D	Corrected GA W D	GA by score
วันที่ทารกเกิด 22/02/2561	เวลาเกิด 05:37	เพศ ชาย	น้ำหนักแรกคลอด 2780 กรัม ศีรษะ 52 ซม. รอบศีรษะ 33.5 ซม.
รอบอก 31 ซม.	ไหล่กว้าง 13 ซม.	APGAR Score ที่ 1 นาที 9	ที่ 5 นาที 10
อุณหภูมิ 36.8 °C	ชีพจร 150 ครั้ง/นาที	การหายใจ 58 ครั้ง/นาที	

รายละเอียดของ Apgar Score

9,10,10 (ปกติ)

การดูแลทารกตามปกติ	☒ วิตามิน K	☒ วัคซีน HBV	☒ การปั๊มเต้านม
สถานที่คลอด	☒ ในห้องคลอด	☐ ห้องผ่าตัด (OR)	☐ อื่นๆ -

การดูแลรักษาทารกเพิ่มเติม

Transfer To	เวลา Transfer 22/02/2561 00:00		
พยาบาลผู้บันทึก นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์	วันที่บันทึก 22/02/2561 06:05		
Presentation Vertex	Route NL	สถานะแรกคลอด	มีชีพ

ข้อบ่งชี้ในการทำการช่วยเหลือคลอด

สายสะดือพันคอ 1 รอบ	Amniotic fluid Clear

Fetal and neonatal complications

นิสิตแพทย์	แพทย์ผู้สูดนม นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์
แพทย์ผู้บันทึก นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์	วันที่บันทึก 22/02/2561 06:05

1.17
นพ. ชนกันต์ วัฒนไชยานนท์
ลายเซ็นแพทย์ผู้บันทึก

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

LABOUR RECORD

- ✗ โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
- + เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับ ในส่วนของประวัติ : Obstetric history (G, P, A, L, LMP, EDC, GA), ANC history, complication, risk monitoring, PE
- + เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับ ในส่วนของการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- + เกณฑ์ข้อที่ 3 การประเมินผู้คลอดระยะรอกคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด : วัน, เวลา, ชีพจร, ความดันโลหิต, progress labor (uterine contraction, cervical dilation&effacement, membrane), fetal assessment (FHR, movement, station), complication

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

LABOUR RECORD

- + เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
- + เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกหัตถการ/วิธีการคลอด/complication, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การทำ episiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- + เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้ยาในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด
- + เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน : placenta checked, complication ในระยะหลังคลอด, blood loss, VS และสภาพคนไข้ ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
- + เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก : เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score, complication, PE (head to toe assessment)
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 ชื่อ, ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

REHABILITATION RECORD

- ✗ โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
- + เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการทำ Rehabilitation
- + เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- + เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด / ปัญหาหลักของผู้ป่วย
- + เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด / หัตถการ และจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

REHABILITATION RECORD

- + เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดย ระบุวิธี/ตำแหน่งที่ทาการบำบัด ชนิดของการบำบัด หัตถการ ,ระยะเวลาที่ใช้
- + เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด
- + เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย
- + เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient/family education)
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

NURSE NOTE

- ✖ โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
- + เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนด และสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วยอาการที่มา ประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน, และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)
- + เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วน ตามคำสั่งการรักษา

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

NURSE NOTE

- + เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- + เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล
- + เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาใน โรงพยาบาล
- + เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ

NURSE NOTE

- + เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย และลงลายมือชื่อผู้บันทึก
- + เกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care
- + หมายเหตุ บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
บันทึกการพยาบาลหน่วยงานห้องคลอด

Date/ Time	V/S T/PR/RR/BP	Ut. Contraction			FHR	Cervix Exam					Nursing Dx No.	Assessment/Nursing Intervention/Evaluation
		Interval	Duration	Intensity		Cervix dilate	Effacement	Station	Position	Membrane		
22/02/61												
01:55	36.3, 84, 22, 131	2'	40"	++	140							- ปกติ Pt. complain เลือดรกที่หน้าท้อง, ออกน้ำ HR ปกติ, no discharge per vagina on monitor P, notify Ext. จัด รับทราบ/บันทึก
02:20					140	3cm, 30%		-1		MI		- W. ว่าง PV ประเมิน progression at order Admit, NPO, obs. VC + FHR, CBC on S/DN 12 (1000) @ 120 c/hr / 1hr.
02:55		1 11 2 30	50"	++	140							- ปกติ
04:00		2'	40"	++	134							- ปกติ
05:00		2'	45"	++	132							- ปกติ
05:10						-cx fully dilate						- Pt. ไข้ปรกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ cx fully dilate จัดนำ pt. เข้าห้องคลอด notify room officer รับทราบ/บันทึก
05:20					150							- ปกติ
05:23					144							- ปกติ
05:25												- give cath void 7:10 50 ml / hr
05:30					100							- ปกติ
05:32					110							- ปกติ
05:37	74, 22, 117, 55											- ตรวจ NB เวลา 05:37 น. ได้ทารกเพศชาย 76% 2780 gm Apgar Score 9, 10, 10 (ปกติ) give add sputo 20 cc in S/DN 12 1000 cc @ drip 180 c/hr / hr
Patient Identification												
Department of service												
Attending Physician												



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
บันทึกการพยาบาลหน่วยงานห้องคลอด

Date/ Time	V/S T/PR/RR/BP	Ut. Contraction			FHR	Cervix Exam					Nursing Dx No.	Assessment/Nursing Intervention/Evaluation
		Interval	Duration	Intensity		Cervix dilate	Effacement	Station	Position	Membrane		
05:40	74, 22, 109, 50											- ตรวจ NB เวลา 05:40 น. BP เลือดปกติ 109 54 ตาม Hg. notify room officer รับทราบ ให้ order 0.5 mg stat ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
05:55	56.7, 74, 20, 100											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา FBL 100 / hr
06:10	74, 20, 114, 62											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
06:25	74, 20, 107, 55											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
06:40	70, 20, 103, 60											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
07:10	74, 20, 103, 56											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
07:40	76.3, 68, 20, 103, 60											- ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา Pt. good contour มี complain ปวดท้องบริเวณหน้าท้อง ให้ order 1 mg stat ตรวจพบเลือดออกที่หน้าท้อง/หน้าขา
Patient Identification												
Department of service												
Attending Physician												

การจัดเรียงเวชระเบียนตามมาตรฐาน

- ✖ หมายถึง การจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อเสนอแนะของ พรพ.และสปสช. เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (Chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น

การจัดเรียงเวชระเบียนตามมาตรฐาน

1. Admitting & Identification Section (มีหรือไม่มีก็ได้)

+ Diagnosis Summary Index

+ Admission and Discharge Record

2. Clinical Medical Section

1. Discharge Summary

2. Referring Letter Sheet

3. Inform Consent

4. History Record

5. Physical Examination Record

6. Progress Note

7. Consultation Report

8. Physicians Orders

9. Anesthesia Record

10. Operation Report

11. Labour record

12. Pathology Special Report

13. Pathology/X-ray Report Sheet

(on this should be attached)

การจัดเรียงเวชระเบียนตามมาตรฐาน

3. Paramedical Section

1. Physiotherapy Sheet
2. Occupational Therapy Sheet
3. Speech Therapy Sheet
4. Social Work Report
5. Other Paramedical Reports

4. Nursing Section

1. Nurses Notes
2. Graphic Record
3. Fluid Balance Summary
4. Diabetic Chart
5. บันทึกอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

การจัดเรียงเวชระเบียนตามมาตรฐาน

5. Discharge/Death Section

1. Discharge Form
2. Autopsy Report and Consent for autopsy

6. เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี), เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

Thank you for your attention