



QM-ISI-MR-002-00

## นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ

เรื่อง


เวชระเบียนผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น	ว.ด.ป.
ผู้จัดทำ	นางเพิ่มัญญ์ พนธรา (คณะกรรมการทีมคุณภาพ/หัวหน้างาน/งาน)	.....	.....
ผู้ทบทวน	นายศิลา ทิมเจริญ (ประธานทีมคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	นายแพทย์สมยศ พนธรา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)	.....	.....

สำเนาฉบับที่ A(1)

เอกสาร      [ / ]    ควบคุม                      [   ]    ไม่ควบคุม

	<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 2 จาก 7
	เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
	ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธรา	

## สารบัญ

	หน้า
1. วัตถุประสงค์	3
2. ขอบข่าย	3
3. วิธีการปฏิบัติ	3

### การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด 7 หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่
00	1 ก.ค. 2559	ประกาศใช้เอกสารทั้งฉบับ	-



<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 3 จาก 7
เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธารา	

### 1.วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นมาตรฐานให้ทุกหน่วยงานถือปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

### 2.ขอบข่าย

ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งที่เป็นเอกสารและในคอมพิวเตอร์

### 3.วิธีการปฏิบัติ

#### 1.การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน

กำหนดให้ผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียนทั้งในกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล โดยที่เจ้าหน้าที่จะมีUSER และPASSWORD ประจำตัวแต่ละคน เจ้าหน้าที่อื่น เช่น คนงาน ลูกจ้าง หมอหวัด พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่แผนกซักฟอก เจ้าหน้าที่ผลิตสมุนไพร ที่ไม่ต้องลงข้อมูลผู้ป่วย จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียน ถ้าเจ้าหน้าที่ท่านใด อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องใช้ USER และPASSWORD ของตน เจ้าหน้าที่เจ้าของ USER และ PASSWORDจะต้องรับผิดชอบ หากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น

#### 2.การใช้สัญลักษณ์และคำย่อ ที่เป็นมาตรฐาน

พบว่า แพทย์แต่ละท่านใช้คำย่อไม่เหมือนกัน จึงได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับการใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล โดยทำคู่มือเป็นเล่ม (อ้างอิงจากหนังสือ “คำศัพท์คำย่อทางการแพทย์” ผู้เขียน ปราณี ทุไพบเราะ) แจ้งให้ แพทย์ พยาบาล และเก็บไว้ประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอก,ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน,ห้องคลอด,ห้องทันตกรรม,หอผู้ป่วยใน,ห้องกายภาพบำบัด,ห้องตรวจโรคเรื้อรัง

#### 3.การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน

ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบันทึกทั้งในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและโปรแกรม HOSXP ให้ครบถ้วน

#### 4.การระบุชื่อผู้บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก

กำหนดให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ระบุชื่อผู้บันทึก วันที่ และเวลา ทุกครั้ง ที่มีการบันทึกโดยให้เขียนด้วยลายมือที่อ่านออกได้ หรือใช้ตราประทับ กำกับไว้

#### 5.การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนด

กำหนดให้แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูลทันทีหลังให้บริการตรวจรักษาให้การพยาบาล หรือให้บริการอื่นๆ เช่น ประเมินการแพ้ยา ประเมินสุขภาพจิต ให้บริการกายภาพบำบัด นวดแผนไทย ให้เจ้าหน้าที่มีการบันทึกข้อมูลการบริการ ระบุชื่อผู้บันทึก วันที่ และเวลาที่บันทึก ทันที



<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 4 จาก 7
เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธรา	

### 6.การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน

ถ้ามีการบันทึกข้อมูลแล้วต้องการแก้ไข ให้ใช้วิธีขีดฆ่าด้วยปากกาน้ำเงินเส้นเดียว และลงชื่อ ตำแหน่ง ผู้แก้ไขกำกับไว้ทุกจุดที่มีการแก้ไข ห้าม ใช้น้ำยาลบคำผิด หรือปากกาเน้นสี ป้ายเป็นแถบ และปฏิบัติตาม WI-MRL-01.013การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน

### 7.การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน

7.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เก็บแยกตามปี พ.ศ. ตามลำดับหมายเลข HN. เรียงจากน้อยไปหามาก โดยมีการแยกแถบสี ที่ OPD Card และในแต่ละชั้นเก็บของแต่ละปี จะระบุช่วงหมายเลข HN. ในการจัดเก็บ เพื่อป้องกันการสับสนในการค้นหาและจัดเก็บเวชระเบียน โดยปฏิบัติตาม WI-MRL-01.003การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7.2 เวชระเบียนผู้ป่วยใน เก็บแยกตามปี พ.ศ. ตามลำดับหมายเลข AN. เรียงจากน้อยไปหามาก และใส่ในซองน้ำตาเพื่อปกปิดประวัติผู้ป่วย โดยปฏิบัติตาม WI-MRL-01.004การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน

7.3 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ และหน้าที่การดูแล ค้นหาและจัดเก็บในที่ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วย และมีการติดตามทวงถามเมื่อมีการยืมคืนเวชระเบียน ตามเวลาที่กำหนด เพื่อให้มีเวชระเบียนพร้อมใช้ตลอดเวลา โดยปฏิบัติตาม WI-MRL-01.002การค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

7.4 มีระบบการค้นหาข้อมูลผู้ป่วย จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในคอมพิวเตอร์ ตามคู่มือการใช้โปรแกรมผู้ป่วย HOSxP และ HOSxP pcu และใช้เวลาในการค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเก่าภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที ผู้ป่วยใหม่ไม่เกิน 10 นาที

### 8. การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ที่ได้รับอนุญาตให้มี USER และPASSWORD ประจำตัวสามารถหาข้อมูลที่ต้องการในโปรแกรมHOSxP ถ้าต้องการยืมเวชระเบียนให้เจ้าหน้าที่เขียนคำร้องขอยืมเวชระเบียน

### 9.การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน

สถานที่เก็บเวชระเบียนที่เพียงพอ/ เป็นระเบียบ/ระบบการจัดเก็บชัดเจน และปลอดภัยจากสัตว์กัดแทะ ภัยธรรมชาติ และเป็นสัดส่วน รวมทั้งมีผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บเวชระเบียน

การทำลายเวชระเบียน จะนำเวชระเบียนที่ผู้ป่วยไม่ติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 5 ปี ยกเว้น เวชระเบียนผู้ป่วยคดี จะเก็บรักษา 20 ปีจึงทำลายเวชระเบียน โดยปฏิบัติตาม WI-MRL-01.007การทำลาย เวชระเบียน

### 10.การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา



<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 5 จาก 7
เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธารา	

### การรับคำสั่ง

**การบันทึก** ให้บันทึกด้วยปากกาสีน้ำเงิน หรือสีดำ ด้วยลายมือที่อ่านได้ ถ้าจะมีการแก้ไขให้ใช้แนวทางเดียวกัน กับหัวข้อการแก้ไขบันทึกเวชระเบียน

### การรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา

#### 11.การใช้รหัสการวินิจฉัยและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน

เมื่อแพทย์สรุปโรค หัตถการ ในเวชระเบียน เวชสถิติจะเป็นผู้ให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ทั้งนี้มีการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่เป็นมาตรฐาน โดยอ้างอิงจากหนังสือ ICD-2010 Volume 1,3 ในการให้รหัสการวินิจฉัยโรค และ อ้างอิงจากหนังสือ ICD-9-CM 2010 ในการให้รหัสหัตถการซึ่งใช้เป็นมาตรฐานเหมือนกันทุกโรงพยาบาล

### **เพิ่มเติม**

1.เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นเอกสารสำคัญและเป็นสมบัติของโรงพยาบาล

2.กำหนดแนวทางให้ปฏิบัติตามระเบียบและประกาศที่เกี่ยวข้องกับเวชระเบียนผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย

3.ผู้ที่มีสิทธิบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ถือปฏิบัติตามแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยของแพทยสภาและ และมาตรฐานของโรงพยาบาล

4.จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องและได้มาตรฐานสากล

5.ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด / หัตถการ สัญลักษณ์ เครื่องหมาย คำย่อและคำนิยามต่าง ๆ ที่เป็นมาตรฐานตามที่คณะกรรมการเวชระเบียนกำหนด

6.แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

#### **6.1ผู้ป่วยนอก** ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1.อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2.ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ

3.บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)

4.ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย



<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 6 จาก 7
เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธรา	

5. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

6. การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยาและจำนวน

7. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี

ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

ข. ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่

อาจเกิดจากการทำหัตถการ

8. คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

### 6.2 ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับ

ผู้ป่วย ได้แก่

1. อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2. ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

4. บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)

5. ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ

6. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

7. เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและผลการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

### 6.3 ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

2. บันทึกอาการทางคลินิกและเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาลหรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ

4. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควร

ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

ข. ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

### 6.4 เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค

2. สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการ



<b>คู่มือคุณภาพ</b>				ฉบับที่	A(1)	หน้า 7 จาก 7
เรื่อง	เวชระเบียนผู้ป่วย			เลขที่	QM-ISI-MR-002-00	
ผู้จัดทำ	เวชระเบียน	วันที่เริ่มใช้	1 ก.ค. 2559	ผู้อนุมัติ	สมยศ พนธรา	

รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3. สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
4. ผลลัพธ์จากการรักษา
5. สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
6. คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย หรือญาติ

**6.5 การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก** ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจน พอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนาม กำกับท้ายคำสั่ง หรือบันทึก ทุกครั้ง ในกรณีที่ลายมือชื่ออาจไม่ชัดเจน ควรมีสัญลักษณ์ ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจได้ง่ายประกอบด้วย

**6.6 การรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์** จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็น รีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งการ รักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

**6.7 แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ** ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดย รวดเร็วภายหลังเหตุการณ์นั้น ๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน ภายหลังจากผู้ป่วย ถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

7. โรงพยาบาลจะจัดเก็บในรูปแบบเอกสารไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจะจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่กำหนดโดย คณะกรรมการฯ