



มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๕



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล

พ.ศ. ๒๕๕๙

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
พญ.มานิตา	พรรณวดี	นายแพทย์ชำนาญการ

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.วรวิศา	เปาอินทร์	หัวหน้าหน่วยวิจัยเฉพาะทางรหัสมาตรฐานทางการแพทย์และสุขภาพระบบสาธารณสุขไทย
ดร.มะลิวัลย์	เย็นยงสุวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดทำโดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-2840-1

พิมพ์ครั้งที่ 1	:	มีนาคม ๒๕๕๙
จำนวน	:	๑,๐๐๐ เล่ม
พิมพ์ที่	:	สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 ฉบับนี้เรียบเรียงและจัดทำขึ้นมาเพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งมีหลักเกณฑ์พื้นฐานการเก็บรวบรวมข้อมูล หลักการพื้นฐานการบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน รวมถึงหลักการให้รหัสมาตรฐานและการจัดการเวชระเบียนในสถานพยาบาล

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่ามาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลฉบับนี้ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ครบคลุมข้อมูลการให้บริการต่าง สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการประมวลผลวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มีนาคม 2559

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 1 หลักการพื้นฐานการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)	1
1A. การลงทะเบียน	2
1B. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม	2
1C. การซักถามหรือสัมภาษณ์	3
1D. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	3
1E. การดูรายงานจากแหล่งอื่น	4
บทที่ 2 หลักการพื้นฐานการบันทึกข้อมูล (Data Recording)	5
2A. การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ	5
2B. การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล	7
บทที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Collection)	10
3A. การลงทะเบียนผู้ป่วย	10
3B. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม	11
3C. การซักถามหรือสัมภาษณ์	12
3D. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล	20
3E. การดูรายงานจากแหล่งอื่น	22
บทที่ 4 การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอก (Out Patient Data Recording)	23
4A. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข	23
4B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม	72
บทที่ 5 การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใน (In Patient Data Recording)	81
5A. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข	81
5B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม	89
บทที่ 6 การให้รหัสมาตรฐาน (Standard Coding)	106
6A. การให้รหัสมาตรฐานโดยบุคลากร	106
6B. การให้รหัสมาตรฐานโดยระบบคอมพิวเตอร์	120

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 7 การจัดการเวชระเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	121
7A. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก	121
7B. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ	128
7C. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล	130
7D. การส่งออกข้อมูล	141
บทที่ 8 การจัดการเวชระเบียนในโรงพยาบาล	143
8A. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก	143
8B. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ	145
8C. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล	147
8D. การส่งออกข้อมูล	158
บทที่ 9 แนวทางปฏิบัติมาตรฐานที่สำคัญแต่อาจยังปฏิบัติไม่ถูกต้องบางเรื่อง	160
9A. แนวทางการบันทึกข้อมูลและจัดทำสถิติแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	160
9B. แนวทางการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	161
9C. แนวทางปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยนอกมารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่พบแพทย์	162
9D. แนวทางปฏิบัติในกรณีไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการ แต่ต้องบันทึกข้อมูล	162
References	164

มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล

สถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ขึ้นมาจนถึงโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีภารกิจหลักในการให้การดูแลรักษาโรคตลอดจนส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินการตามภารกิจหลักนี้ ย่อมเกี่ยวข้องกับจัดการข้อมูลจำนวนมาก ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลและข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การจัดการข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่ดีมีคุณภาพต้องเริ่มจากการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่ดี ดำเนินการได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยเริ่มจากมาตรฐานการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) และมาตรฐานการบันทึกข้อมูล (Data Recording) ดังต่อไปนี้

บทที่ 1. หลักการพื้นฐานการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูล หมายถึง การสอบถาม ขอข้อมูลที่ต้องการจากแหล่งข้อมูล โดยแหล่งข้อมูลที่สำคัญของสถานพยาบาลได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ ที่ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาโรคหรือส่งเสริมสุขภาพให้ได้ผลที่ดี การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติที่สถานพยาบาลจะเกิดขึ้นหลายครั้ง หลายแผนก เช่น เมื่อแรกเข้ามาในโรงพยาบาล ฝ่ายต้อนรับหรือแผนกทะเบียนผู้ป่วยก็จะต้องสอบถามชื่อ นามสกุล เพื่อค้นหาประวัติเก่า หากเป็นผู้ป่วยใหม่ ก็ต้องสอบถามที่อยู่ เลขประจำตัว สถานภาพสมรส ชื่อบิดา มารดา ฯลฯ เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วย เมื่อมาที่ห้องตรวจแพทย์ พยาบาลก็จะซักประวัติการเจ็บป่วย เมื่อพบแพทย์ แพทย์ก็จะซักประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติม ตรวจร่างกาย เมื่อได้รับใบสั่งยา ไปที่ห้องจ่ายยา เภสัชกรก็จะซักถามประวัติการแพ้ยา ความเข้าใจในการใช้ยา ฯลฯ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเกิดขึ้นที่หลายจุดในโรงพยาบาล โดยมีผู้ที่ปฏิบัติงานหลายตำแหน่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ขาดตกบกพร่องไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการที่แตกต่างกันได้ 5 วิธี ได้แก่ 1. การลงทะเบียน 2. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม 3. การซักถามหรือสัมภาษณ์ 4. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 5. การดูรายงานจากแหล่งอื่น

1A. การลงทะเบียน

การลงทะเบียน หมายถึง การขอข้อมูลจากผู้ป่วยแล้วบันทึกลงในสมุดทะเบียนหรือฐานข้อมูล เพื่อให้มีรายชื่อของผู้ป่วยพร้อมรายละเอียดที่สำคัญเข้าไปอยู่ในทะเบียนนั้น เช่น เมื่อแพทย์นัดผ่าตัดผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและทะเบียนนัดผ่าตัดจะขอข้อมูลผู้ป่วยแล้วบันทึกชื่อผู้ป่วยพร้อมรายละเอียดสำคัญบางเรื่อง ไว้ในทะเบียนนัดผ่าตัด เมื่อถึงเวลาที่ต้องจัดคิวเข้าห้องผ่าตัด ก็จะเปิดดูรายชื่อในทะเบียนแล้วดำเนินการจัดคิวผ่าตัดได้โดยสะดวก ตัวอย่างทะเบียนที่มีใช้ในสถานพยาบาล ได้แก่

- ทะเบียนผู้ป่วยใหม่
- ทะเบียนผู้ป่วยใน
- ทะเบียนนัดตรวจแผนกผู้ป่วยนอก
- ทะเบียนนัดผ่าตัด
- ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ทะเบียนนัดติดตามผลหลังการรักษา

1B. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม

การขอข้อมูลจากผู้ป่วยอาจทำได้โดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม โดยมีหัวข้อที่สำคัญอยู่ในแบบฟอร์ม แล้วให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเข้าไป การใช้วิธีนี้จะช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เมื่อผู้ป่วยใหม่เพิ่งมารับบริการเป็นครั้งแรก จะได้รับแจกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกรอก ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัว วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชื่อบิดา ชื่อมารดา สถานภาพสมรส อาชีพ สัญชาติ ศาสนา ฯลฯ เข้าไปในแบบฟอร์มก่อนส่งให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่อ แต่วิธีนี้อาจมีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ จากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสติปัญญา ตัวอย่างแบบฟอร์มหรือแบบสอบถามที่มีใช้ในสถานพยาบาลได้แก่

- แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่
- แบบฟอร์มขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วย
- แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการ

1C. การซักถามหรือสัมภาษณ์

การซักถามหรือสัมภาษณ์ เป็นการ พูดย่อย สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ถามตามหัวข้อสำคัญที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า วิธีการนี้มีข้อดี คือ สะดวกต่อผู้ป่วย รวดเร็ว แต่มีข้อจำกัดในกรณีที่สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยต่างชาติ หรือผู้ป่วยที่พูดไม่ได้จากข้อจำกัดทางร่างกายหรือสติปัญญา นอกจากนั้น ผู้ที่ซักถามต้องได้รับการฝึกฝนวิธีการซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญครบถ้วนภายในเวลาที่จำกัด ตัวอย่างการซักถามหรือสัมภาษณ์ที่ใช้ในสถานพยาบาลได้แก่

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำบัตร
- พยาบาลสอบถามอาการเจ็บป่วยเพื่อพิจารณาว่าจะส่งตรวจที่แพทย์แผนกใด
- แพทย์ซักถามประวัติการเจ็บป่วยเพื่อนำประวัติมาวินิจฉัยโรค
- เจ้าหน้าที่ห้องยาสอบถามประวัติและอาการแพ้ยาในอดีต

1D. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

การสังเกตโดยตรง เป็นวิธีการที่ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลสังเกตลักษณะ ท่าทาง หรือตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณต่างๆจากตัวผู้ป่วย โดยวิธีที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า เป็นวิธีการที่ใช้กันมาในสถานพยาบาล เช่น การตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยแพทย์ เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการสังเกตโดยตรงจากแพทย์ เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย แพทย์จะใช้อาการดู คลำ เคาะ และฟังส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อค้นหาอาการแสดงผิดปกติ แล้วบันทึกไว้เป็นผลการตรวจร่างกาย เพื่อนำไปประกอบการวินิจฉัยโรคต่อไป ตัวอย่างการสังเกตโดยตรงที่ใช้ในสถานพยาบาลได้แก่

- การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดัน จังหวะชีพจรของผู้ป่วย
- การตรวจวัดสายตา วัดความหนาของชั้นไขมัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- การตรวจเอ็กซเรย์ อัลตราซาวนด์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

1E. การดูรายงานจากแหล่งอื่น

การดูรายงานจากแหล่งอื่น หมายถึง รายงานที่ผู้ป่วยนำมาให้ดูหรือผู้เก็บรวบรวมข้อมูลขอ ดู เช่น แพทย์ซักประวัติผู้ป่วย ได้ความว่าผู้ป่วยซื้อยามากิน 2-3 อย่าง แพทย์อาจขอดูตัวยา ชื่อยาหรือฉลากยา ก็ถือ ว่าเป็นการดูรายงานจากแหล่งอื่นเช่นกัน บางครั้งผู้ป่วยอาจนำผลการเอ็กซเรย์ ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยเคยไปตรวจมาจากสถานพยาบาลอื่นมาให้แพทย์ดู รายงานจากแหล่งอื่นที่พบบ่อยใน สถานพยาบาลได้แก่

- จดหมายส่งต่อ จากแพทย์ในสถานพยาบาลอื่น รายงานผลการตรวจวินิจฉัยครั้งก่อน
- ผลการตรวจเอ็กซเรย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยนำมาจากสถานพยาบาลอื่น
- ซองยา ฉลากยาที่ผู้ป่วยซื้อหรือได้มาจากร้านขายยาหรือสถานพยาบาลอื่น
- ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา บอกลักษณะเซลล์มะเร็ง ที่รายงานมาจากพยาธิแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาลอื่น

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่มาจากหลายแหล่งเข้ามาอยู่ด้วยกันในเวช ระเบียนของผู้ป่วย โดยทั่วไป ข้อมูลในทะเบียนต่างๆจะมาจากการลงทะเบียน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจะมาจาก การกรอกแบบฟอร์มและการสอบถามเพิ่มเติม ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจะมาจากการซักถามสัมภาษณ์ ข้อมูล การตรวจร่างกายจะมาจากการสังเกตโดยตรง สิ่งที่เราควรระวังคือ ข้อมูลที่มาจากแหล่งอื่นควรบันทึกไว้ต่างหาก ให้เห็นว่าเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยนำมา เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยนำมาจากสถานพยาบาลอื่น ควร บันทึกแยกไว้ให้เห็นชัดเจนว่า เป็นข้อมูลที่มาจากแหล่งอื่น

บทที่ 2. หลักการพื้นฐานการบันทึกข้อมูล (Data Recording)

การบันทึกข้อมูล หมายถึง การทำให้ข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่นำเสนอได้ เผยแพร่ได้ ทำสำเนาได้ โดยทั่วไปการบันทึกจะบันทึกไว้ในสื่อบันทึกข้อมูล ได้แก่ กระดาษ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์รูปแบบต่างๆ รวมถึงการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ การบันทึกข้อมูลทำให้เกิดหลักฐานที่เชื่อถือได้ ใช้อ้างอิงและนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างสารสนเทศและความรู้ใหม่ๆ ได้โดยสะดวก

การบันทึกข้อมูล ถือเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรทุกฝ่ายในสถานพยาบาล และถือเป็นจรรยาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกฝ่ายที่ต้องถือเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องบันทึกไว้ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี ภายในเวลาที่กำหนด

ปัจจุบันการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล มีรูปแบบที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป 3 รูปแบบ คือ 1. การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ 2. การบันทึกข้อมูลเข้าในระบบฐานข้อมูล และ 3. การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีรายละเอียดแต่ละรูปแบบดังนี้

2A. การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ

การบันทึกข้อมูลลงกระดาษ เป็นการบันทึกที่ทำกันมานานแล้ว ตั้งแต่เกิดสถานพยาบาลแผนปัจจุบันในประเทศไทย เริ่มจากใบสั่งยาที่แพทย์จะต้องบันทึกชื่อยา ขนาดและวิธีใช้ยาที่สั่งให้กับผู้ป่วยโดยละเอียดเพื่อส่งให้เภสัชกรไปจัดยาให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้น ทุกสถานพยาบาลจะมีสมุดบันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จะจดบันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายลงสมุด เมื่อบันทึกจนสมุดเล่มเก่าเต็ม ก็จะเปลี่ยนสมุดเป็นเล่มใหม่ แล้วจัดเก็บสมุดเล่มเก่าไว้อย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถดึงกลับมาค้นหาข้อมูลได้เมื่อต้องการโดยสะดวก

ต่อมาเมื่อมีระบบเวชระเบียน เช่น บัตรผู้ป่วย (OPD Card) หรือ แฟ้มผู้ป่วยใน (In-patient File) แล้ว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ก็ต้องจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่จะบันทึกข้อมูลเป็นตัวอักษรและตัวเลข บางครั้งแพทย์อาจวาดรูปแสดงตำแหน่งร่างกายที่มีอาการผิดปกติ หรือวาดรูปแสดงลักษณะการผ่าตัด เป็นรูปประกอบคำบรรยายที่เป็นตัวหนังสือ เมื่อสถานพยาบาลนำพิมพ์ติดเข้ามาใช้ เจ้าหน้าที่บางฝ่ายจะใช้วิธีพิมพ์ข้อมูลเข้าไปในเวชระเบียนแทนการเขียน ทำให้ข้อมูลในเวชระเบียนอ่านง่ายกว่าการเขียนด้วยลายมือ

การบันทึกข้อมูลลงกระดาษมีข้อดีคือ บันทึกได้โดยง่าย ทำได้โดยใช้เพียงปากกาเขียนลงกระดาษ ไม่ต้องใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีข้อปฏิบัติมาตรฐานการบันทึกข้อมูลลงกระดาษสำหรับสถานพยาบาลดังนี้

2A.1 ข้อปฏิบัติมาตรฐานการบันทึกข้อมูลลงกระดาษสำหรับสถานพยาบาล

2A.1 ข้อปฏิบัติมาตรฐานการบันทึกข้อมูลลงกระดาษสำหรับสถานพยาบาล

1. บันทึกด้วยปากกา หรือ เครื่องพิมพ์เท่านั้น ห้ามใช้ดินสอ
2. บันทึกด้วยลายมือบรรจง หรือ กิ่งบรรจงให้อ่านง่าย
3. มีการลงวันและเวลาที่บันทึก กำกับข้อความที่บันทึกเสมอ
4. บันทึกข้อความที่มีรายละเอียดชัดเจน ไม่บันทึกกำกวมหรือไม่มีรายละเอียด เช่น บันทึกเพียงว่า จ่ายยาเดิม หรือ RM โดยไม่มีรายละเอียดอื่นใด
5. ไม่บันทึกคำย่อ หรือ สัญลักษณ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานของสถานพยาบาล
(สถานพยาบาลควรกำหนดคำย่อและสัญลักษณ์ที่อนุญาตให้ใช้ในการบันทึกข้อมูล หากคำย่อหรือสัญลักษณ์ใด ไม่อยู่ในรายการ ให้ถือว่าเป็นคำย่อหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน)
6. บันทึกเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นโดยทันทีหรือหลังจากจบเหตุการณ์ไม่นาน เช่น เมื่อรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินจนปลอดภัยแล้วต้องบันทึกการรักษาโดยทันที
7. ลงชื่อผู้บันทึกให้อ่านได้โดยง่ายว่าใครเป็นผู้บันทึก หากใช้ลายเซ็นต้องมีข้อความกำกับว่าเป็นใคร หรือมีสมุดทะเบียนลายเซ็นที่สามารถตรวจสอบลายเซ็นได้ว่าเป็นลายเซ็นของใคร
8. หากต้องการแก้ไขข้อความที่บันทึก ให้ทำการแก้ไขโดยการขีดเส้นตรง 1 เส้นทับข้อความเดิม เขียนข้อความใหม่ แล้วลงนามกำกับกับการแก้ไข ห้ามแก้ไขโดยการขีดข้อความเดิม หรือ ลบ ด้วยวิธีการใดๆ ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดแก้ไขข้อความ

ข้อเสียของการบันทึกข้อมูลลงกระดาษได้แก่ มีโอกาสสูญหายหรือข้อความเลอะเลือนได้โดยง่าย ลายมือบางคนอ่านไม่ออก การทำสำเนากระดาษเก็บไว้มีต้นทุนสูงกว่ารูปแบบอื่น

2B. การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล

การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล เริ่มเกิดขึ้นในสถานพยาบาลของประเทศไทยในราวปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมาหลังการนำคอมพิวเตอร์และโปรแกรมระบบโรงพยาบาลเข้ามาใช้ การบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมีข้อเสียคือ ต้องมีเครื่องคอมพิวเตอร์จึงจะสามารถบันทึกได้ และผู้ใช้ต้องมีทักษะการใช้แป้นพิมพ์อย่างดีจึงจะบันทึกข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว นอกจากนั้น การเรียกดูข้อมูลก็จะต้องเรียกดูผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์เท่านั้น ยกเว้นจะสั่งพิมพ์ข้อมูลที่บันทึกออกมาเป็นกระดาษ จึงจะดูได้ในแฟ้มเวชระเบียน

ข้อดีของการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล คือการทำให้ข้อมูลพร้อมใช้ในเวลาเดียวกันหลายๆจุด เช่น แพทย์หลายคนที่ช่วยกันดูแลรักษาผู้ป่วยรายเดียวกัน สามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยพร้อมๆกันได้จากคอมพิวเตอร์คนละเครื่องในเวลาเดียวกัน ลดปัญหาการอ่านลายมือไม่ออก นอกจากนั้น การใช้คอมพิวเตอร์บันทึกทำให้สามารถใช้การคัดลอกและตัดแปะ (copy and paste) ได้ ทำให้การพิมพ์ข้อความรูปแบบเดียวกันที่มีข้อความยาว สามารถดำเนินการได้สะดวก รวดเร็ว

ในปัจจุบัน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ขอความร่วมมือให้แพทย์บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล โดยมีจำนวนแพทย์ที่ให้ความร่วมมือมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลบางคนคิดว่าจะยกเลิกการใช้กระดาษบันทึกข้อมูล อย่างไรก็ตาม การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญทั้งหมดยังไม่สามารถบันทึกโดยคอมพิวเตอร์ได้ครบถ้วน เช่น ผลการตรวจร่างกายที่แพทย์อาจต้องวาดภาพประกอบยังไม่สามารถวาดภาพโดยใช้คอมพิวเตอร์ได้ หรือ การบันทึกคำวินิจฉัยโรคเข้าไปในระบบฐานข้อมูล บางโปรแกรมยังทำไม่ได้ (มีความเข้าใจผิดคิดว่าการใส่รหัส ICD เข้าไปคือการบันทึกคำวินิจฉัยโรค) สถานพยาบาลจึงยังไม่ควรยกเลิกการใช้กระดาษบันทึกข้อมูลผู้ป่วย หากพบว่า โปรแกรมบันทึกข้อมูลยังไม่ได้มาตรฐานที่จะทำให้ง่ายต่อการยกเลิกการใช้กระดาษได้ ดังมาตรฐานการตรวจสอบโปรแกรมบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลก่อนยกเลิกการบันทึกกระดาษ ในหัวข้อ 2B.1

ก่อนสั่งยกเลิกการบันทึกกระดาษในสถานพยาบาล ผู้บริหารต้องจัดให้มีกระบวนการทดสอบว่า การใช้โปรแกรม แทนการเขียนกระดาษ สามารถทำให้แพทย์บันทึกข้อมูลได้ปริมาณเท่ากับการเขียนกระดาษ หากตรวจสอบพบว่าการใช้โปรแกรมทำให้แพทย์บันทึกข้อมูลได้น้อยกว่าการเขียนกระดาษก็ยังไม่ควรสั่งยกเลิกการบันทึกในกระดาษ เช่น การเขียนผลการตรวจร่างกายในกระดาษทำได้โดยสะดวกกว่าการใช้โปรแกรมบันทึกผลการตรวจร่างกาย หากใช้โปรแกรมแล้วแพทย์ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกายเลย ก็จะทำให้ข้อมูลสำคัญหายไป

2B.1 มาตรฐานการตรวจสอบโปรแกรมบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลก่อนยกเลิกการบันทึกกระดาษ

2B.1 มาตรฐานการตรวจสอบโปรแกรมบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลก่อนยกเลิกการบันทึกกระดาษ

1. ตรวจสอบว่าโปรแกรมมีช่องให้บันทึกข้อมูลครบตามรายการข้อมูลมาตรฐานที่ต้องบันทึกของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ เช่น ต้องมีช่องให้บันทึกชื่อโรค ไม่ใช้รหัส ICD มาบันทึกแทนชื่อโรค
2. โปรแกรมต้องมีการลงวันและเวลาที่บันทึก กำกับข้อความที่บันทึกเสมอ
3. โปรแกรมต้องไม่มีระบบอัตโนมัติที่ทำให้เกิดการบันทึกข้อความที่กำกวมหรือไม่มีรายละเอียด เช่น บันทึกเพียงว่า จำयाเดิม หรือ RM โดยไม่มีรายละเอียดอื่นใด
4. โปรแกรมต้องมีระบบตรวจสอบการใช้คำย่อ หรือ สัญลักษณ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานของสถานพยาบาล (สถานพยาบาลควรกำหนดคำย่อและสัญลักษณ์ที่อนุญาตให้ใช้ในการบันทึกข้อมูล หากคำย่อหรือสัญลักษณ์ใด ไม่อยู่ในรายการ ให้ถือว่าเป็นคำย่อหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน)
5. โปรแกรมต้องมีระบบตรวจสอบและบันทึกว่าใครเป็นผู้บันทึกรายการ บันทึกเมื่อใด
6. โปรแกรมจะต้องไม่อนุญาตให้ผู้ใช้ลบรายการที่บันทึกไว้แล้วออกไปจากฐานข้อมูล หากต้องการแก้ไขข้อความที่บันทึก ให้เพิ่มข้อความเป็นรายการใหม่ แล้วทำเครื่องหมายยกเลิกและแก้ไขรายการเก่าโดยมีหมายเลขอ้างอิงว่ารายการใหม่ที่แก้ไขใช้ทดแทนรายการเก่าหมายเลขใด พร้อมบันทึกชื่อผู้แก้ไขและวันเวลาที่แก้ไข
7. ระบบฐานข้อมูลต้องมีการรักษาความมั่นคงและปลอดภัยขั้นสูงสุด มีการทำสำเนาข้อมูล มีระบบ log ที่บันทึกการเข้าไปแก้ไขฐานข้อมูลหรือสำเนาฐานข้อมูลทุกรายการ

2C. การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์

การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์เกิดขึ้นเมื่อมีการนำคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์จึงมีข้อเสียเหมือนกับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล กล่าวคือ ต้องมีเครื่องคอมพิวเตอร์จึงจะสามารถบันทึกได้ และผู้ใช้งานต้องมีทักษะการใช้แป้นพิมพ์อย่างดีจึงจะบันทึกข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว นอกจากนั้น การเรียกดู

ข้อมูลก็ต้องเรียกดูผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์เท่านั้น ยกเว้นจะสั่งพิมพ์ข้อมูลที่บันทึกออกมาเป็นกระดาษ จึงจะดูได้ในแฟ้มเวชระเบียน

การบันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์มักจะเก็บข้อมูลไว้แยกจากข้อมูลในเวชระเบียนและข้อมูลในฐานข้อมูล จึงมักจะอยู่แยกแผนก เช่น ข้อมูลรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา อาจเก็บในรูปแบบแฟ้ม Microsoft Word Document ที่เก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ของรังสีแพทย์เท่านั้น หากข้อมูลเหล่านี้ไม่ถูกจัดการอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดผลเสีย คือ ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในระบบเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลกลางของสถานพยาบาล หรือใช้ข้อมูลร่วมกันหลายๆแผนกได้

การจัดการข้อมูลที่จัดบันทึกเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์แยกเก็บไว้ในแผนกต่าง ๆ นั้น ควรมีมาตรฐานการจัดการดังข้อ 2C.1

2C.1 มาตรฐานการจัดการข้อมูลที่จัดเก็บเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์แยกไว้ในแผนกต่างๆ

2C.1 มาตรฐานการจัดการข้อมูลที่จัดเก็บเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์แยกไว้ในแผนกต่างๆ

1. ดำเนินการลงทะเบียนให้ทราบว่าข้อมูลที่จัดเก็บเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์แยกไว้ในแผนกต่างๆ นั้น มีข้อมูลอะไร เก็บไว้ในแผนกใดบ้าง
2. หากข้อมูลที่เก็บแยกไว้เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา ให้พิมพ์เป็นรายงานออกมาเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละรายทุกครั้งที่จัดทำรายงาน
3. จัดการให้มั่นใจว่ามีการสำรองแฟ้มข้อมูลที่ขึ้นทะเบียนไว้เป็นระยะๆ ตรวจสอบไฟล์ที่สำรองว่าใช้ได้จริงอยู่เสมอ
4. ในระยะกลางควรสร้างกลไกเชื่อมโยงแฟ้มข้อมูลที่เก็บแยกเข้ากับระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล
5. ในระยะยาวควรสร้างคลังข้อมูลที่นำข้อมูลที่เก็บแยกแฟ้มไว้เข้ามามีในการบริการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนาสถานพยาบาลต่อไป

บทที่ 3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (Patient Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดของการเก็บรวบรวมข้อมูลของสถานพยาบาล เพราะกิจกรรมหลักคือการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ทุกๆครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในส่วนตัวตนเอง เช่น เมื่อแรกเข้ามาในโรงพยาบาล ฝ่ายต้อนรับหรือแผนกทะเบียนผู้ป่วยก็ต้องสอบถามชื่อ นามสกุล เพื่อค้นหาประวัติเก่า หากเป็นผู้ป่วยใหม่ ก็ต้องสอบถามที่อยู่ เลขประจำตัว สถานภาพสมรส ชื่อบิดา มารดา ฯลฯ เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วย เมื่อมาที่ห้องตรวจแพทย์ พยาบาลก็จะซักประวัติการเจ็บป่วย เมื่อพบแพทย์ แพทย์ก็จะซักประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติม ตรวจร่างกาย เมื่อได้รับใบสั่งยา ไปที่ห้องจ่ายยา เภสัชกรก็จะซักถามประวัติการแพ้ยา ความเข้าใจในการใช้ยา ฯลฯ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเกิดขึ้นที่หลายจุดในโรงพยาบาล โดยมีผู้ที่ปฏิบัติงานหลายตำแหน่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ไม่ขาดตกบกพร่องไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลผู้ป่วย ใช้วิธีการพื้นฐานที่กล่าวมาแล้วครบทั้ง 5 วิธี ได้แก่ 1. การลงทะเบียน 2. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม 3. การซักถามหรือสัมภาษณ์ 4. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และ 5. การดูรายงานจากแหล่งอื่น

3A. การลงทะเบียนผู้ป่วย

การลงทะเบียนผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ 2 รูปแบบ รูปแบบแรกเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลเป็นครั้งแรก ส่วนรูปแบบที่ 2 จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคบางอย่างที่เข้าเกณฑ์ต้องลงทะเบียน ได้แก่ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ฯลฯ หรือเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยจะต้องได้รับการต่อไปทำให้ต้องลงทะเบียนกิจกรรมที่กำหนด เช่น นัดตรวจ นัดผ่าตัด เป็นต้น

การลงทะเบียนอาจทำได้โดยการให้ผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มลงทะเบียนแล้วเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนำมาบันทึกในสมุดทะเบียน (รวมสมุดทะเบียนที่อยู่ในระบบฐานข้อมูล) เช่น การทำบัตรผู้ป่วยครั้งแรก สถานพยาบาลจะจัดเตรียมแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลพื้นฐานของตนเองแล้วเจ้าหน้าที่รับมาทำบัตรให้ แต่การลงทะเบียนส่วนใหญ่ในสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงไปในสมุดทะเบียนเอง เช่น การลงทะเบียนนัดรับเข้าโรงพยาบาล ตารางนัดผ่าตัด ทะเบียนนัดตรวจเอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

การลงทะเบียนผู้ป่วยได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จะทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการติดตามหรือเฝ้าระวังได้อย่างรวดเร็ว เพื่อการรักษาและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การกรอกสมุดทะเบียนจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง ไม่เว้นข้อมูลที่สำคัญ โดยหากข้อมูลไม่ครบ ควรสอบถามจากผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนก่อนลงทะเบียน นอกจากนั้น ควรใช้แบบฟอร์มหรือสมุดทะเบียนที่มีหัวข้อข้อมูลสำคัญที่ต้องบันทึกครบถ้วนตามมาตรฐาน (ดูภาคผนวก) เพื่อให้มั่นใจว่า มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในภายหน้าได้ครบถ้วนทุกประเด็น

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลต้องตรวจสอบระบบการลงทะเบียนของสถานพยาบาล ให้มั่นใจว่า ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ต้องลงทะเบียนแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน เช่น การลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ควรทำเครื่องหมายไว้ในเวชระเบียนให้ทราบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใดลงทะเบียนแล้วหรือไม่ หากลงทะเบียนแล้ว ใครเป็นคนดำเนินการลงทะเบียนและดำเนินการในวันเวลาใด

3B. การให้ตอบแบบฟอร์มหรือแบบสอบถาม

การให้ผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มที่มีหัวข้อที่สำคัญอยู่ในแบบฟอร์มก่อนส่งให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการจะช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้มาก เช่น เมื่อผู้ป่วยใหม่เพิ่งมารับบริการเป็นครั้งแรก จะได้รับแจกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกรอก ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัว วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ชื่อบิดา ชื่อมารดา สถานภาพสมรส อาชีพ สัญชาติ ศาสนา ฯลฯ เข้าไปในแบบฟอร์มก่อนส่งให้เจ้าหน้าที่ทำบัตรให้ ข้อดีของวิธีการนี้คือทำให้ได้ข้อมูลที่ค่อนข้างแม่นยำ ตรงตามความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม หากเจ้าหน้าที่พบว่าผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มไม่ครบ ก็ต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยหรือญาติ แล้วนำมาใส่ในแบบฟอร์มให้ครบ เพื่อมิให้ข้อมูลสำคัญขาดหายไป

แบบฟอร์มที่ผู้ป่วยกรอกทุกแผ่น ให้จัดเก็บไว้ในแฟ้มเอกสารหรือตู้เอกสารโดยจัดเรียงตามข้อมูลที่สำคัญ เช่น แบบฟอร์มขอทำบัตรผู้ป่วยใหม่ที่ได้ออกในแต่ละวัน ให้แยกตามนามสกุลของผู้ป่วย แล้วนำไปจัดเก็บเรียงลำดับอักษรของนามสกุล หากนามสกุลเดียวกันให้เรียงลำดับอักษรของชื่อต่อไป ตู้เอกสารชั้นนี้สามารถใช้เป็นแหล่งค้นหาข้อมูลสำรองได้ในกรณีที่ระบบคอมพิวเตอร์ติดขัด หรือไฟฟ้าดับ ไม่สามารถค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ได้

แบบสอบถามที่ใช้กันมากที่สุดในสถานพยาบาลคือแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้บริการสถานพยาบาลควรดำเนินการสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการได้รับบริการเป็นระยะๆ อย่าง

น้อยทุกๆ 6 เดือน ควรมีการสำรวจความพึงพอใจ โดยอาจสำรวจด้านการบริการผู้ป่วยนอก แยกกับด้านการบริการผู้ป่วยใน แต่อาจสำรวจแยกบริการให้ละเอียดขึ้น ถ้าต้องการนำผลมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการบริการ

3C. การซักถามหรือสัมภาษณ์

การซักถามหรือสัมภาษณ์ เป็นการ พุดคุย สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในโรงพยาบาล เพราะเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายต้องพุดคุยและขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยข้อมูลส่วนที่สำคัญที่สุดคืออาการที่เจ็บป่วยไม่สบายนั่นเอง โดยผู้ที่รับผิดชอบซักถามข้อมูลส่วนนี้ คือ แพทย์ และ พยาบาล

แพทย์จะสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยตามโครงสร้างหัวข้อการซักประวัติผู้ป่วยตามมาตรฐานการซักประวัติของวิชาชีพแพทย์ โดยมีหัวข้อที่สำคัญดังนี้

- ลักษณะผู้ป่วย (Patient Profile) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา
- อาการสำคัญ (Chief Complaint)
- ประวัติปัจจุบัน (Present Illnesses)
- ประวัติอดีต (Past History)
- ประวัติครอบครัว (Family History)
- ประวัติทางสังคม (Social History)
- ทบทวนอาการตามระบบ (Review of System)

การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยโดยแพทย์มีรายละเอียดที่ต้องสอบถามดังต่อไปนี้

ลักษณะผู้ป่วย

เนื้อหาส่วนนี้ เป็น การบรรยายสั้นๆเพื่อสรุปลักษณะของผู้ป่วย โดยกล่าวถึง เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ที่อยู่ โดยส่วนใหญ่จะบันทึกไว้ไม่เกิน 1-2 บรรทัด ดังตัวอย่างเช่น

“ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 25 ปี อาชีพขับจักรยานยนต์รับจ้าง บ้านอยู่ปทุมธานี”

“ผู้ป่วยหญิงจีนสมรสแล้ว อายุ 38 ปี อาชีพค้าขาย บ้านอยู่ลาดพร้าว”

“ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 69 ปี ไม่ได้ทำงาน บ้านอยู่ดอนเมือง”

บางครั้ง แพทย์อาจบันทึกรายละเอียดแหล่งข้อมูล และประเมินความน่าเชื่อถือได้ โดยเขียนต่อดัง
ตัวอย่างเช่น

“ข้อมูลได้จากผู้ป่วยเอง เชื่อถือได้ 90 %”

“ข้อมูลได้จากมารดาผู้ป่วย และแฟ้มประวัติเก่า เชื่อถือได้ 80%”

“ข้อมูลได้จากเจ้าหน้าที่มูลนิธิผู้ насо่ง เชื่อถือได้ 70%”

การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล แพทย์จะประเมินจากความน่าจะเป็นที่จะเกิดเหตุการณ์ตามที่
ผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูลเล่า โดยแพทย์อาจถามย้ำหลายครั้งโดยเปลี่ยนคำถามแล้วดูว่า คำตอบจะเหมือนเดิม
หรือไม่ หากผู้ให้ข้อมูลเล่าเหตุการณ์หลายๆครั้งแต่รายละเอียดเปลี่ยนไปต่างๆที่เป็นเหตุการณ์เดียวกัน แพทย์
จะประเมินค่าความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่ำลง

ในกรณีที่ ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวต่อมาจากแพทย์คนอื่น ให้ระบุรายละเอียดในส่วนนี้ไว้ด้วย ดัง
ตัวอย่างเช่น

“ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน”

“ส่งตัวมาจากคลินิกแพทย์

อาการสำคัญ

เนื้อหาส่วนนี้ เป็น การบรรยายสั้นๆไม่เกิน 1 บรรทัด เพื่อบอกอาการสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมา
ให้แพทย์รักษา และระยะเวลาที่เป็นอาการนั้น นับจากเวลาเมื่อเริ่มเกิดอาการจนถึงเวลาที่มาพบแพทย์ ดัง
ตัวอย่างเช่น

“ปวดท้อง 3 ชั่วโมง”

“ไข้ หนาวสั่น 1 วัน”

“ตาเหลือง 5 วัน”

ข้อความในส่วนอาการสำคัญนี้ ไม่จำเป็นต้องลงท้ายด้วยคำว่า “ก่อนมาโรงพยาบาล” เพราะเป็นที่รู้กันดีอยู่แล้วว่า ระยะเวลาที่เป็นอาการนั้น จะนับจากเวลาเมื่อเริ่มเกิดอาการจนถึงเวลาที่มาพบแพทย์ จึงไม่จำเป็นต้องเขียนข้อความ “ก่อนมาโรงพยาบาล” ลงไป

ประวัติปัจจุบัน

เนื้อหาส่วนนี้ เป็น การบรรยายอาการสำคัญโดยขยายความให้มีรายละเอียดมากขึ้น โดยอธิบายตามลำดับเวลา เริ่มต้นจากเหตุการณ์เมื่อเริ่มเกิดอาการสำคัญ จนมาถึงวันที่พบกับแพทย์ รายละเอียดในส่วนนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- รายละเอียดอาการสำคัญ
- อาการอื่นที่พบร่วม
- อาการอื่นที่ไม่พบร่วมกับอาการสำคัญ
- การรักษาที่ผู้ป่วยอาจได้รับก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี้

ตัวอย่าง การเขียนประวัติปัจจุบันได้แก่

(อาการสำคัญ ปวดท้อง 3 ชั่วโมง)

“3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกำลังดูโทรทัศน์อยู่ที่บ้าน รู้สึกปวดท้องอย่างมากทันทีทันใด และรู้สึกหน้ามืดเหมือนจะเป็นลม ต้องนอนลงใช้มือกุมหน้าท้อง ภรรยาช่วยชงยาผงที่ลดกรดในกระเพาะใส่น้ำให้กิน ผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกดีขึ้นเล็กน้อย นิ่งพักต่อ

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องเป็นมากขึ้น ปวดจุกแน่น ตลอดเวลา ไม่บรรเทาลงปวดมากบริเวณลิ้นปี่ ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน แพทย์ฉีดยาแก้ปวดให้ 1 เข็ม แล้ว แนะนำให้มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมาที่โรงพยาบาล”

(อาการสำคัญ ตาเหลือง 5 วัน)

“5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล บุตรที่อยู่กับผู้ป่วยเริ่มทักว่า ตูตาผู้ป่วยเหมือนตาเหลือง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการอะไร ไม่มีไข้ ไม่คัน ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน จึงไม่ได้ไปตรวจรักษา

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการคันตามตัว ผู้ป่วยเห็นมีผื่นคล้ายลมพิษขึ้น บริเวณหน้าอก และหน้าท้อง และขา จึงไปซื้อยาจากร้านขายยามาทา

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม บุตรทักว่าตาเหลืองมากขึ้น ผื่นลมพิษหายไปแต่ยังมีอาการคันตามผิวหนังอยู่ ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ สีอุจจาระเป็นสีน้ำตาลอ่อน บุตรชวนมาตรวจ จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล”

ประวัติอดีต

เนื้อหาส่วนนี้ เป็นการบรรยายความเจ็บป่วยและโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาในอดีต โดยอาจจะเป็นโรคที่ยังคงเป็นมาจนถึงปัจจุบัน หรือโรคที่ได้รับการรักษาจนหายไปแล้ว รายละเอียดในส่วนนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยในอดีต และรักษาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน
- โรคสำคัญอื่นที่เคยเป็นและรักษาหายไปแล้วแต่แพทย์คิดว่าอาจส่งผลมาถึงในปัจจุบัน
- ประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งก่อน
- การผ่าตัดสำคัญในอดีต
- หากผู้ป่วยเป็นผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรบันทึกประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีตไว้ด้วย

ตัวอย่าง การเขียนประวัติอดีตได้แก่

“ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัย เมื่อ 10 ปีก่อน รักษาโดยการกินยาต่อเนื่อง รับยาจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

เคยเป็นโรคตับอักเสบจากไวรัสบี เมื่อ 15 ปีก่อน รักษาหายแล้ว โดยแพทย์แจ้งว่าผลการตรวจเลือดไม่พบว่ามีเชื้อไวรัสอยู่

6 เดือนก่อน เคยมีอาการแขนซ้ายอ่อนแรง ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แพทย์บอกว่าเป็นอัมพฤกษ์ นอนโรงพยาบาลอยู่ 1 สัปดาห์ อาการดีขึ้น แขนซ้ายมีกำลังเป็นปกติ

เคยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อ 20 ปีก่อน ปัจจุบันไม่มีอาการปวดท้องเรื้อรัง”

ประวัติครอบครัว

เนื้อหาส่วนนี้ เป็นการบรรยายโรคและสถานะสุขภาพของบุคคลครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ลูกของผู้ป่วย และคู่สมรส เพื่อมองหาความสัมพันธ์ของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยตรง เช่น ฮีโมฟีเลีย หรือโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบทางพันธุกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น การซักประวัติครอบครัวอย่างละเอียดจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเป็นไปได้โดยง่ายขึ้นหากเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม และยังสามารถทำให้แพทย์ค้นพบโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในครอบครัวผู้ป่วย ขยายการดูแลรักษาไปยังคนอื่นๆในครอบครัวผู้ป่วยได้ด้วย

ตัวอย่าง การเขียนประวัติครอบครัวได้แก่

“บิดาผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุ 74 ปี จากโรคมะเร็งตับ มารดาผู้ป่วยอายุ 75 ปี ในปัจจุบัน มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาโดยการฉายา

ผู้ป่วยมีพี่และน้องสาว 3 คน พี่สาวคนโตและน้องสาวคนเล็กเป็นมะเร็งเต้านม รักษาโดยการผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัด ปัจจุบันไม่มีอาการ ผู้ป่วยมีน้องชาย 1 คน มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาโดยการฉายา

ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว สามียายุ 48 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รักษาโดยการฉายา มีลูกชาย 2 คน อายุ 19 และ 15 ปี ปัจจุบันศึกษาอยู่ ไม่มีโรคประจำตัว”

ประวัติสังคม

เนื้อหาส่วนนี้ เป็น เรื่องลักษณะการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ฯลฯ แพทย์ควรซักประวัติและบันทึกประวัติสังคมเสมอ เพราะมีโรคหลายโรคที่เกิดจากดำเนินวิถีชีวิตที่แตกต่างกันไป เช่น โรคติดเชื้อ โรคมะเร็ง โรคและหัวใจหลอดเลือด เป็นต้น

ตัวอย่าง การเขียนประวัติสังคมได้แก่

“ผู้ป่วยทำงานเป็นช่างก่อสร้าง สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง มา 10 ปี ดื่มสุราสัปดาห์ละ 3-4 วัน ไม่มี พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์”

“ผู้ป่วยทำงานบริการในไนท์คลับ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นเพื่อนกับลูกค้าสัปดาห์ละ 6 วัน ไม่มี มี เพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง”

การทบทวนตามระบบ

เนื้อหาส่วนนี้ เป็น การสอบถามอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆของร่างกายที่ผู้ป่วยอาจเคยมีอาการ ผิดปกติในอดีต หรือในปัจจุบัน เริ่มจาก อาการทั่วไป แล้วไล่รายละเอียดไปตามระบบร่างกายต่างๆ จากหัว จรดเท้า ในลักษณะเดียวกับการตรวจร่างกาย ตามรายการดังนี้

- อาการทั่วไป
- ระบบผิวหนัง
- หัว ตา หู จมูก ลำคอ (HEENT)
- เต้านม
- ระบบหายใจ
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ระบบย่อยอาหาร
- ระบบปัสสาวะ
- อวัยวะสืบพันธุ์
- ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก
- ระบบประสาท
- ระบบเลือด
- ระบบต่อมไร้ท่อ
- สภาวะทางจิต

เมื่อแพทย์สอบถามทบทวนอาการตามระบบแล้ว หากพบว่ามีอาการตามระบบที่ผิดปกติ และคิดว่า น่าจะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน แพทย์ควรนำอาการที่พบว่าผิดปกตินี้ ไปเขียนไว้ในส่วน ประวัติ ปัจจุบัน หรือประวัติอดีตที่เกี่ยวข้อง ไม่ควรแยกเขียนไว้ตรงส่วนนี้

ตัวอย่างรายงานประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 70 ปี อยู่บ้านเลี้ยงหลาน ที่จังหวัดนครราชสีมา

ประวัติได้จากผู้ป่วย เชื่อถือได้

อาการสำคัญ ตัวเหลืองตาเหลือง มา 2 สัปดาห์

ประวัติปัจจุบัน

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีคนทักว่าดูตาเหลืองขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่คันตามตัว ผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นอะไรมาก

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการคันตามตัว ไปซื้อยาจากร้านขายยามากินและทา อาการดีขึ้นบ้าง

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไม่หนาวสั่น ไปพบแพทย์ที่คลินิก แพทย์ให้ยาลดไข้ และบอกว่าเป็นดีซ่าน แนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาล กินยาแล้วอาการไขหายไป เริ่มมีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม อาการคันตามตัวเป็นมากขึ้น แต่ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน ผู้ป่วยรอให้ลูกขับรถมารับแล้วให้ลูกมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 20 ปี รักษาโดยการกินยา รับประทานยาสถาณียาใกล้บ้านเป็นประจำ

1 ปี ก่อน ผ่าตัดกระจกและเปลี่ยนเลนส์ที่ตาซ้าย ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

3 ปี ก่อน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกรวยไตอักเสบ รักษาโดยการให้ยาทางหลอดเลือดอยู่ 5 วัน จนหาย

40 ปี ก่อนเคยผ่าตัดคลอดลูกคนที่ 2 เนื่องจากคลอดลำบากที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

ประวัติครอบครัว

บิดา เสียชีวิต ตอน อายุ 50 ปี จากโรคมะเร็งตับ มารดา เสียชีวิต ตอนอายุ 60 ปี จากโรคปอดบวม

สามี เสียชีวิต ตอน อายุ 48 ปี จากโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีบุตรชาย 2 คน คนโตอายุ 50 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง คนเล็กอายุ 40 ปี ยังแข็งแรง

มีพี่น้องรวม 5 คน ผู้ป่วยเป็นลูกคนกลาง พี่น้องทุกคนมีโรคความดันโลหิตสูง

ประวัติสังคม

ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ทุกวันนี้ อยู่ที่บ้านทำงานบ้าน และเลี้ยงหลาน 2 คน อายุ 13 และ 10 ขวบ

ส่วนใหญ่กินอาหารพื้นบ้านที่ทำเอง บางครั้งกินปลาจืดและปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ปรุงสุก

ทบทวนตามระบบ

อาการทั่วไป – น้ำหนักไม่ลด ไม่อ่อนเพลีย ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืดเป็นลม

ระบบผิวหนัง – ไม่มีผื่นขึ้นตามตัว ผิวแห้งเล็กน้อย

HEENT – ไม่ปวดหัว ตาข้างขวามัวเล็กน้อย แพทย์แนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือน ตาซ้ายเปลี่ยนเลนส์แล้ว หูตึงข้างเล็กน้อย เป็นหวัดไม่บ่อย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน มีหินปูนบ้าง ขูดหินปูนล่าสุดเมื่อ 1 ปีก่อน

ไม่มีก้อนที่คอ

เต้านม – ไม่มีก้อน ไม่เจ็บที่เต้านม

ระบบหายใจ – ไม่เหนื่อยหอบ มีไอบ้างเวลาเป็นหวัด เอกซเรย์ปอดครั้งสุดท้าย 1 ปีก่อน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด – ไม่มีใจสั่น, ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีอาการขาบวม ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ระบบย่อยอาหาร – มีจุกแน่นท้องบางครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา กินยาธาตุน้ำแดงแล้วอาการดีขึ้น ไม่เบื่ออาหาร ถ่ายอุจจาระทุกวัน แต่บางครั้งเมื่อท้องผูกจะถ่ายทุกๆ 2 วัน ไม่เคยตรวจเอกซเรย์ช่องท้อง

ระบบปัสสาวะ – ถ่ายปัสสาวะได้ดี ไม่เคยถ่ายเป็นก้อนนิ่ว ไม่มีปัสสาวะเป็นสีแดง

ระบบสืบพันธุ์ – ไม่มีตกขาว ประจำเดือนหมดไปเมื่อตอนอายุ 51 ปี ตรวจภายในครั้งสุดท้าย 20 ปีก่อน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก – ไม่มีอาการปวดหลัง มีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ้างเวลาทำงานหนัก รักษาโดยการขอรับยาจากสถานีนอนมัยใกล้บ้าน ไม่เคยมีกระดูกหัก ไม่ปวดเข่าหรือปวดตามข้อ เดินได้สะดวกดี

ระบบประสาท – ไม่มีอาการชาตามผิวหนัง ไม่เคยชัก ความจำยังดีอยู่ จำลูกหลานได้ จำเหตุการณ์อดีตและปัจจุบันได้

ระบบเลือด – ไม่มีโลหิตจาง ไม่มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออกผิดปกติที่ใด

ระบบต่อมไร้ท่อ – ไม่มีคอพอก ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ไม่มีน้ำหนัลด

สภาวะจิต – อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดง่าย ไม่ทะเลาะกับใคร บางครั้งบ่นว่าหลานที่ดื้อและชนบ้าง เป็นห่วงกังวลว่าหลานจะไปทำความเดือดร้อนให้กับเพื่อนบ้าน

ในกรณีที่แพทย์มีเวลาไม่มาก หัวข้อที่ถามอาจถามได้ไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด แต่อย่างน้อย ก็ต้องมี อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และ ประวัติอดีตที่สำคัญ และบันทึกให้ครบ 3 หัวข้อนี้

ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคส่วนใหญ่ไม่ใช่แพทย์ จึงอาจไม่สามารถสัมภาษณ์ประวัติได้เหมือนกับที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ แต่สำนันโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็น รายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และอาจต้องใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค ประวัติอดีต ประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้”

3D. การสังเกตโดยตรงจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

การสังเกตโดยตรง เป็นวิธีการที่ใช้เก็บข้อมูลในระหว่างการตรวจร่างกาย หรือตรวจวัดสัญญาณต่างๆ จากตัวผู้ป่วย โดย แพทย์ และ พยาบาล จะใช้การดู คลำ เคาะ และฟังส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อค้นหาอาการแสดงผิดปกติ แล้วบันทึกไว้เป็นผลการตรวจร่างกาย เพื่อนำไปประกอบการวินิจฉัยโรคต่อไป

การตรวจร่างกายจะทำให้ได้ข้อมูลตามหัวข้อต่อไปนี้

- สภาพทั่วไปที่ปรากฏ (General Appearance)

- สัญญาณชีพ (Vital Signs)
- ศีรษะ ตา หู จมูก คอ (Head Eye Ear Nose Throat – HEENT)
- ระบบหายใจ (Respiratory System)
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)
- ช่องท้อง (Abdominal Region)
- อวัยวะเพศ (Genital Area)
- การตรวจช่องคลอดและทวารหนัก (Per Vaginal – PV and Per Rectal Exam – PR)
- แขนและขา (Extremities)
- ระบบประสาท (Nervous System)
- สุขภาพจิต (Mental Health)

การตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยแพทย์มีรายละเอียดที่ต้องตรวจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างการเขียนบันทึกการตรวจร่างกาย

Vital Signs BT 37.5° C, BP 130/90 mmHg, PR 100/min RR 18/min

GA a thin middle-aged woman, acutely ill, not toxic

HEENT Head: no scalp lesion, smooth texture black hair

Eyes: pupil 3 mm. both reactive to light, no pale conjunctiva, no jaundice, no limitation of eyes movement

Ears: no pinna deformity, acuity good to whispered voice

Nose: no septum deviation, no sinus tenderness, pink mucosa

Mouth: pink oral mucosa, no bleeding per gum, no injected pharynx

Neck : trachea in midline, no thyroid gland enlargement, no cervical lymph nodes enlargement

Chest Beast; not examined

Symmetric thorax, clear and equal breath sound, no adventitious sound

Regular S1 and S2, no S3 , no S4, no murmur, no heave , no thrill

Abdomen soft, not distended, no tender, no guarding

Liver span 7 cm at right midclavicular line, no mass

Active bowel sound. Tympany on percussion

Groin and Genitalia no swelling or hernia at both groins

Genitalia not examined

Extremities no deformity, no edema, warm, not tender, no limitation of movements

Nervous System

Mental Status tense but alert and cooperative

Cranial Nerves: pupil 3 mm both reactive to light, no facial palsy, no tongue deviation

Motor : muscle power strength 5/5 all extremities

Sensory : no decrease pain and temperature sensory

Reflex : 2+ all Barbinski's sign : dorsiflex

ในกรณีที่แพทย์มีเวลาไม่มาก หัวข้อที่ตรวจอาจได้ไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด แต่อย่างน้อย ก็ต้องมี ผลการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เจ็บป่วย และบันทึกไว้ให้ชัดเจน

ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคส่วนใหญ่ไม่ใช่แพทย์ จึงอาจไม่สามารถตรวจร่างกายได้เหมือนกับที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ แต่สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการเก็บรวบรวมผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชีต เหลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมาน้อยตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้”

3E. การดูรายงานจากแหล่งอื่น

ข้อมูลหรือรายงานจากแหล่งอื่น เช่น ยาที่ผู้ป่วยกิน แพทย์หรือผู้ตรวจรักษา อาจขอดูด้วยยา ชื่อยาหรือฉลากยา แล้วบันทึก ไว้ช่วงท้ายประวัติ โดยบันทึกให้ชัดเจนว่าเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งภายนอก ส่วนรายงานที่เป็นกระดาษมาจากภายนอก ให้คัดลอกไว้ในหัวข้อข้อมูลจากแหล่งภายนอกเช่นเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทุกแง่มุมมาอยู่ในเวชระเบียน

บทที่ 4. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอก (Out Patient Data Recording)

ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือรักษาโรคโดยไม่รับไว้รักษาต่อในสถานพยาบาล เรียกว่า ผู้ป่วยนอก (Out Patient) ผู้ที่ให้บริการต้องกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอกทุกประการเป็นลายลักษณ์อักษร จัดเก็บเอาไว้ในระบบเวชระเบียน และ/หรือ ระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข และ 2. การบันทึกข้อมูลที่สำคัญแต่ไม่อยู่ในข้อกำหนดมาตรฐาน 43 แฟ้ม

4A. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม มีแฟ้มที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกทุกราย 6 แฟ้ม และแฟ้มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบางราย 27 แฟ้ม รวม 33 แฟ้ม ดังต่อไปนี้

1. PERSON
2. ADDRESS
3. CARD
4. SERVICE
5. DIAGNOSIS_OPD
6. CHARGE_OPD
7. DEATH
8. CHRONIC
9. DISABILITY
10. WOMEN
11. DRUGALLERGY
12. FUNCTIONAL
13. ICF
14. DRUG_OPD
15. PROCEDURE_OPD
16. SURVEILLANCE
17. ACCIDENT
18. LABFU
19. CHRONICFU
20. APPOINTMENT
21. DENTAL
22. REHABILITATION
23. NCDScreen
24. FP
25. PRENATAL
26. ANC
27. LABOR

- 28. POSTNATAL
- 29. NEWBORN
- 30. NEWBORN_CARE
- 31. EPI
- 32. NUTRITION
- 33. SPECIALPP

แฟ้มที่ต้องใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกทุกราย คือ PERSON, ADDRESS, CARD, SERVICE และ CHARGE_OPD

4A.1 การบันทึกแฟ้ม PERSON

แฟ้ม PERSON ใช้เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ที่มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก	CID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	HID
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	PRENAME
6	ชื่อ	ชื่อ	NAME
7	นามสกุล	นามสกุล	LNAME
8	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่เลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	HN
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	SEX

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ)	BIRTH
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = ม้าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9=ไม่ทราบ	MSTATUS
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	OCCUPATION_NEW
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง	RACE
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	NATION
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	RELIGION
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	EDUCATION
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย	FSTATUS
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	FATHER
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	MOTHER
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส	COUPLE
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	VSTATUS
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่รับผิดชอบ	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	MOVEIN
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สาบสูญ , 9 =ไม่จำหน่าย	DISCHARGE
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สาบสูญ	DDISCHARGE
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O	ABOGROUP
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	RHGROUP

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	LABOR
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport	PASSPORT
30	สถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามาใช้บริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น	TYPEAREA
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทียินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.2 การบันทึกแฟ้ม ADDRESS

แฟ้ม ADDRESS ใช้บันทึกที่อยู่ของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
3	ประเภทของที่อยู่	1= ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2= ที่อยู่ติดต่อได้	ADDRESSTYPE
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน	HOUSE_ID
5	ลักษณะของที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนต์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	HOUSETYPE
6	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนต์ หรือหอพัก	ROOMNO
7	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนต์ หรือหอพัก	CONDO
8	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่	HOUSENO
9	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก	SOISUB
10	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก	SOIMAIN
11	ถนน	ชื่อถนน	ROAD
12	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	VILLANAME
13	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ)	VILLAGE
14	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ)	TAMBON
15	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ)	AMPUR
16	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ)	CHANGWAT
17	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์	TELEPHONE
18	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	MOBILE
19	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

4A.3 การบันทึกแฟ้ม CARD

แฟ้ม CARD ใช้บันทึกสิทธิการรักษาของผู้มารับบริการแต่ละราย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ประเภทสิทธิการรักษา (รหัสเดิม)	รหัสสิทธิมาตรฐาน เดิม	INSTYPE_OLD
4	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	INSTYPE_NEW
5	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	INSID
6	วันที่ออกบัตร	วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	STARTDATE
7	วันที่หมดอายุ	วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	EXPIREDATE
8	สถานบริการหลัก	รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC	MAIN
9	สถานบริการรอง	รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลในเครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตรฐานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC	SUB
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	D_UPDATE

การบันทึกข้อมูลทั้ง 3 แฟ้ม ในทางปฏิบัติ จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เมื่อมีผู้ป่วยมาใหม่ เจ้าหน้าที่จะให้ผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่
2. เจ้าหน้าที่นำแบบฟอร์มมาบันทึกเข้าโปรแกรมระบบลงทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมจะบันทึกข้อมูลลงไปในแฟ้ม PERSON, ADDRESS และ CARD
3. หากต้องการพิมพ์แบบฟอร์ม สามารถสั่งให้โปรแกรมพิมพ์แบบฟอร์มแผ่นหน้า OPD Card ดังนี้

[REDACTED]

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข



0-22-71-71

[REDACTED]

บ.ร.บ. 1 ค.02

PID [REDACTED]		0-22-71-71	
ชื่อ - สกุล [REDACTED]		อายุ 64ปี8เดือน10วัน เพศ ชาย	
วันเกิด [REDACTED]	สถานะภาพ คู่	เลขที่ภายใน (ครั้งที่)	คลินิกพิเศษ
ที่อยู่ [REDACTED]	ตำบล ราษฎร์ชุม อำเภอ เมือง [REDACTED]	1	
อาชีพ งานบ้าน	เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย	2	
บิดา [REDACTED]		3	
มารดา [REDACTED]		4	
ผู้ติดต่อได้ [REDACTED]	กร : ไม่มี เกี่ยวข้องเป็น :ญาติ	5	EKG.
ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ 1041 หมู่ 10 ต.ราษฎร์ชุม [REDACTED]		6	
		7	
		8	X-RAY
		9	
สิทธิการรักษา บัตรทอง ในเขต ไม่ชำระ 30 บาท		10	
วันออกบัตร 03/12/2548	กรุ๊ปเลือด	11	
วันหมดอายุ 30/12/2599	แพทย์	12	
สถานพยาบาลหลัก [REDACTED]		(ห้ามนำออกภายนอกโรงพยาบาล)	
วันที่พิมพ์ 11/03/2553 เวลา 14:50:45			

4A.4 การบันทึกแฟ้ม SERVICE

แฟ้ม SERVICE ใช้บริการการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	HN
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	TIME_SERV
7	ที่ตั้งของที่อยู่ ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ	LOCATION
8	เวลามาบริการ	1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ	INTIME
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	INSID
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	MAIN
12	ประเภทการมารับ บริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS	TYPEIN
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วย มา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	REFERINHOSP
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมา รับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อกลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEIN
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มารับบริการ	CHIEFCOMP

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	BTEMP
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกรับ (มม.ปรอท) หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	SBP
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	DBP
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที)	PR
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	RR
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึง สถานพยาบาล, 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 7= ปฏิเสธการรักษา, 8 = นึกกลับ	TYPEOUT
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	REFEROUTHOSP
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อกลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEOUT
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดย	PAYPRICE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		ถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	ACTUALPAY
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.5 การบันทึกแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD

แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใช้บันทึกรหัส ICD ของผู้ที่มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) ,4 = OTHER (อื่น ๆ), 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุ ภายนอก) และ 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับ เนื้องอก) เท่านั้น	DIAGTYPE
6	รหัสการวินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	DIAGCODE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
7	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตาม การให้บริการจริง	CLINIC
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.6 การบันทึกแฟ้ม CHARGE_OPD

แฟ้ม CHARGE_OPD ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายของการมารับบริการแต่ละครั้ง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึก
ดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูล ย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตาม การให้บริการจริง	CLINIC
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	CHARGEITEM

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	CHARGELIST
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

แฟ้มที่เหลือ เป็นการบันทึกข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยรายที่มีลักษณะเฉพาะเท่านั้น เช่น แฟ้ม DEATH ใช้บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตเท่านั้น เป็นต้น

4A.7 การบันทึกแฟ้ม DEATH

แฟ้ม DEATH ใช้บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตและสาเหตุการตาย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณี เสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "00000"	HOSPDEATH
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล	AN
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต	SEQ
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	DDEATH
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุ การตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_A
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุ การตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_B
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุ การตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_C
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุ การตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_D
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่ เป็นเหตุหนุน	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	ODISEASE
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็น การให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการด้านสุขภาพ	CDEATH
13	การตั้งครรภ์และการ คลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2= เสียชีวิตระหว่าง คลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์ , 4 = ผู้ชาย ,9 = ไม่ทราบ (ตัด 3 4 9 ออก) หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์	PREGDEATH
14	สถานที่ตาย	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล	PDEATH
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน	PROVIDER

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		สถานพยาบาลเดียวกัน	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.8 การบันทึกแฟ้ม CHRONIC

แฟ้ม CHRONIC ใช้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก	DATE_DIAG
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคเรื้อรัง)	CHRONIC
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	HOSP_DX
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ	HOSP_RX
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง	DATE_DISCH

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
8	ประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง , 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่	TYPEDISCH
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.9 การบันทึกแฟ้ม DISABILITY

แฟ้ม DISABILITY ใช้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นผู้พิการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	DISABID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	DISABTYPE
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	DISABCAUSE
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 – TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	DIAGCODE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
7	วันที่ตรวจพบความ พิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_DETECT
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_DISAB
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.10 การบันทึกแฟ้ม WOMEN

แฟ้ม WOMEN ใช้ขึ้นทะเบียนผู้รับบริการที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	รหัสวิธีการคุมกำเนิด ปัจจุบัน	1 = ยาเม็ด, 2 = ยาฉีด, 3 = ห่วงอนามัย, 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย, 6= หมันชาย, 7= หมันหญิง, 8= นักระยะปลอดภ้ย, 9= ไม่คุมกำเนิด	FPTYPE
4	สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	1 = ต้องการบุตร , 2 = หมันธรรมชาติ ,3 = อื่นๆ	NOFPCAUSE
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมทั้ง เสียชีวิตแล้ว เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	TOTALSON
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	NUMBERSON

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
7	จำนวนการแท้งบุตร	จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่มีการแท้ง	ABORTION
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด	STILLBIRTH
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.11 การบันทึกแฟ้ม DRUG_ALLERGY

แฟ้ม DRUG_ALLERGY ใช้ขึ้นทะเบียนการแพ้ยาของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึกย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการจริง	DATERECORD
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสดยาตามฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสดยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสมาตรฐาน 24 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องลงครบทั้ง 24 หลัก	DRUGALLERGY
5	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	TYPEDX

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ	ALEVEL
		1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious)	
		2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death)	
		3.ร้ายแรง - อาจถึงชีวิต (Life-threatening)	
		4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial)	
		5.ร้ายแรง - ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged)	
		6.ร้ายแรง - พิการ (Disability)	
		7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly)	
		8.ร้ายแรง-อื่นๆ	
		(คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจ ติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)	SYMPTOM
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง, 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น, 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล, 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	INFORMANT
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	INFORMHOSP
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

4A.12 การบันทึกแฟ้ม FUNCTIONAL

แฟ้ม FUNCTIONAL ใช้บันทึกการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	SEQ
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	FUNCTIONAL_TEST
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)	TESTRESULT
7	ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1= ไม่พึ่งพิง, 2= พึ่งพิงน้อย, 3= พึ่งพิงมาก	DEPENDENT
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.13 การบันทึกแฟ้ม ICF

แฟ้ม ICF ใช้บันทึกรหัส ICF ของของผู้มารับบริการที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ และผ่านการประเมินจากแพทย์ที่ตรวจรับรองความบกพร่อง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนันโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	DISABID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
4	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERRV
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	ICF
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9	QUALIFIER
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.14 การบันทึกแฟ้ม DRUG_OPD

แฟ้ม DRUG_OPD ใช้บันทึกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	CLINIC
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	DIDSTD
7	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย	AMOUNT
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	UNIT
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้	UNIT_PACKING

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายทั้งหมด	DRUGPRICE
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	DRUGCOST
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็นปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

4A.15 การบันทึกแฟ้ม PROCEDURE_OPD

แฟ้ม PROCEDURE_OPD ใช้บันทึกข้อมูลการทำหัตถการให้กับผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตาม	CLINIC

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
		การให้บริการจริง	
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	PROCEDURECODE
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	SERVICEPRICE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.16 การบันทึกแฟ้ม SURVEILLANCE

แฟ้ม SURVEILLANCE ใช้บันทึกข้อมูลเมื่อพบว่าผู้มารับบริการอาจเป็นโรคติดต่อที่อยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยในหมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	AN
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	DATETIME_ADMI T
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	SYNDROME
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	DIAGCODE
9	รหัส 506 แรกรับ	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรก รับ หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนัก ระบาดวิทยา	CODE506
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) จากวินิจัยล่าสุด	DIAGCODELAST
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จาก วินิจัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนัก ระบาดวิทยา	CODE506LAST
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	ILLDATE
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ขณะป่วย	ILLHOUSE
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ) หมายเหตุ : ขณะป่วย	ILLVILLAGE
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ ทราบ) ขณะป่วย	ILLTAMBON
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ ทราบ) ขณะป่วย	ILLAMPUR
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่	ILLCHANGWAT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		ทราบ) ขณะป่วย	
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	LATITUDE
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	LONGITUDE
20	สภาพผู้ป่วย	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	PTSTATUS
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	DATE_DEATH
22	สาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ	COMPLICATION
23	ชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ	ORGANISM
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.17 การบันทึกแฟ้ม ACCIDENT

แฟ้ม ACCIDENT ใช้บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการที่ได้รับอุบัติเหตุ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลาย คลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่และเวลามารับ บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึก ข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการ จริง	DATETIME_SERV
5	วันที่และเวลาเกิด อุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ: กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATETIME_AE
6	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตาม สำนักกระบาดวิทยา	AETYPE
7	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	01 = ที่บ้าน หรืออาคารที่พัก, 02 = ในสถานที่ ทำงาน ยกเว้นโรงงานหรือก่อสร้าง, 03= ในโรงงาน อุตสาหกรรม หรือบริเวณก่อสร้าง, 04 = ภายใน อาคารอื่นๆ, 05= ในสถานที่สาธารณะ, 06 = ใน ชุมชน และไร่นา, 07 = บนถนนสายหลัก, 08 = บน ถนนสายรอง, 09 = ในแม่น้ำ ลำคลอง หนองน้ำ, 10= ในทะเล, 11 = ในป่า/ภูเขา, 98 = อื่นๆ, 99= ไม่ ทราบ	AEPLACE
8	ประเภทการมารับ บริการกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9=ไม่ทราบ	TYPEIN_AE
9	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1= ผู้ขับขี่, 2= ผู้โดยสาร, 3= คนเดินเท้า, 8= อื่นๆ, 9= ไม่ทราบ	TRAFFIC

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
10	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01= จักรยานและสามล้อถีบ, 02= จักรยานยนต์, 03= สามล้อเครื่อง, 04= รถยนต์นั่ง/แท็กซี่, 05= รถ ปิกอัพ, 06= รถตู้, 07= รถโดยสารสองแถว, 08= รถ โดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09= รถบรรทุก/รถพ่วง , 10= เรือโดยสาร 11= เรืออื่นๆ, 12= อากาศยาน, 98= อื่นๆ 99= ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	VEHICLE
11	การดื่มแอลกอฮอล์	1= ดื่ม, 2= ไม่ดื่ม, 9= ไม่ทราบ	ALCOHOL
12	การใช้อยาสารเสพติด ขณะเกิดอุบัติเหตุ	1= ใช้, 2= ไม่ใช้, 9= ไม่ทราบ	NACROTIC_DRUG
13	การคาดเข็มขัดนิรภัย	1= คาด, 2= ไม่คาด, 9= ไม่ทราบ	BELT
14	การสวมหมวกนิรภัย	1= สวม, 2= ไม่สวม, 9= ไม่ทราบ	HELMET
15	การดูแลการหายใจ	1= มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการ ดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	AIRWAY
16	การห้ามเลือด	1= มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการห้ามเลือด ก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	STOPBLEED
17	การใส่ splint/ slab	1= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการใส่ splint/slabก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	SPLINT
18	การให้น้ำเกลือ	1= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	FLUID
19	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute, 6 = ไม่แน่ใจ)	URGENCY
20	ระดับความรู้สึก ทางด้านตา	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	COMA_EYE
21	ระดับความรู้สึก ทางการพูด	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	COMA_SPEAK
22	ระดับความรู้สึก ทางการ เคลื่อนไหว	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการ เคลื่อนไหว	COMA_MOVEMENT
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS)	D_UPDATE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		และเป็นปีคริสต์ศักราช	

4A.18 การบันทึกแฟ้ม LABFU

แฟ้ม LABFU ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	SEQ
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 01=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 02=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 03=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 04=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 05=ตรวจ HbA1C 06=ตรวจ Triglyceride 07=ตรวจ Total Cholesterol 08=ตรวจ HDL Cholesterol 09=ตรวจ LDL Cholesterol 10=ตรวจ BUN ในเลือด 11=ตรวจ Creatinine ในเลือด 12=ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 13=ตรวจ CREATININE ในปัสสาวะ 14=ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 15=ตรวจหาค่า eGFR (ใช้สูตร CKD-EPI formula) 16=ตรวจ Hb 17=ตรวจ UPCR (Urine protein creatinine ratio) 18=ตรวจ K (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป หรือได้ยา ACEI//ARBs) 19=ตรวจ Bicarb (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 20=ตรวจ phosphate (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 21=ตรวจ PTH (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) หรือรหัส Lab เลข 7 ตัว	LABTEST
6	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดศรนิย 2 หลัก)	LABRESULT
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.19 การบันทึกแฟ้ม CHRONICFU

แฟ้ม CHRONICFU ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจติดตามผลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันที่มารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	WEIGHT
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	HEIGHT
7	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	WAIST_CM
8	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	SBP
9	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	DBP
10	ตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับความรู้สึก ชีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ , 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ , 9 = ไม่ทราบ	FOOT
11	ตรวจจอประสาทตา	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ ophthalmoscope ผลปกติ , 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ ophthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	RETINA

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.20 การบันทึกแฟ้ม APPOINTMENT

แฟ้ม APPOINTMENT ใช้บันทึกข้อมูลการนัดตรวจครั้งต่อไปของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	ลำดับที่	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	SEQ
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service	DATE_SERV
6	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย	CLINIC
7	วันนัด	วันเดือนปีที่นัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	APDATE
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด	APTTYPE
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD - 10 - TM	APDIAG
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.21 การบันทึกแฟ้ม DENTAL

แฟ้ม DENTAL ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาฟันของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน, 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน, 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ, 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	DENTTYPE
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ, 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	PTEETH

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
8	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	PCARIES
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	PFILLING
10	จำนวนฟันแท่ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท่ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	PEXTRACT
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	DTEETH
12	จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	DCARIES
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	DFILLING
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	DEXTRACT
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	NEED_FLUORIDE
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	NEED_SCALING
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	NEED_SEALANT
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	NEED_PFILLING
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	NEED_DFILLING
20	จำนวนฟันแท่ที่ต้องถอน/รักษาคดองรากฟัน	จำนวนฟันแท่ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคดองรากฟัน (ซี่)	NEED_PEXTRACT
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคดองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคดองรากฟัน (ซี่)	NEED_DEXTRACT
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 = ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 = ไม่	NPROSTHESIS

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		ต้องใส่ฟันเทียม	
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	PERMANENT_PERMANENT
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี)	PERMANENT_PROSTHESIS
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี)	PROSTHESIS_PROSTHESIS
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ, 1 = มีเลือดออกภายหลังการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (ขอบเหงือกอยู่ในแถบดำ), 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ), 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา, หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน, หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย, หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย, หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง, หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	GUM
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด., 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	SCHOOLTYPE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	CLASS
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน ในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบ เป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ ศักราช	D_UPDATE

4A.22 การบันทึกแฟ้ม REHABILITATION

แฟ้ม REHABILITATION ใช้บันทึกข้อมูลการบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับ ไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายถึง : ใน กรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มี ลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	AN
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้ วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_ADMIT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟู ฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการ ต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_START
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟู ฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการ ต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_FINISH
9	รหัสบริการฟื้นฟู สมรรถภาพ	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	REHABCODE
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ	AT_DEVICE
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ ได้รับ	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)	AT_NO
12	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	REHABPLACE
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

4A.23 การบันทึกแฟ้ม NCDSCREEN

แฟ้ม NCDSCREEN ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆ ครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	SMOKE
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	ALCOHOL
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	DMFAMILY
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	HTFAMILY
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	WEIGHT
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.)	HEIGHT
12	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	WAIST_CM
13	ความดันโลหิต ซิสโต	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	SBP_1

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
	ลีก ครั้งที่ 1		
14	ความดันโลหิต ไต แอลโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไตแอลโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม. ปรอท)	DBP_1
15	ความดันโลหิต ซิสโต ลีก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)	SBP_2
16	ความดันโลหิต ไต แอลโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไตแอลโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม. ปรอท)	DBP_2
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) จุดทศนิยม 2 หลัก	BSLEVEL
18	วิธีการตรวจน้ำตาลใน เลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลใน เลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2 = ตรวจ น้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอด อาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร	BSTEST
19	สถานที่ให้บริการคัด กรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย. หมายเลข : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถาน บริการ สนย.	SCREENPLACE
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

4A.24 การบันทึกแฟ้ม FP

แฟ้ม FP ใช้บันทึกข้อมูลการวางแผนครอบครัวแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย, 7 = หมันหญิง	FPTYPE
6	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	FPPLACE
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.25 การบันทึกแฟ้ม PRENATAL

แฟ้ม PRENATAL ใช้ขึ้นทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
		(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	LMP
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	EDC
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	VDRL_RESULT
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	HB_RESULT
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	HIV_RESULT
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_HCT
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%)	HCT_RESULT
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	THALASSEMIA
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.26 การบันทึกแฟ้ม ANC

แฟ้ม ANC ใช้บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
6	ANC ช่วงที่	การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หมายเหตุ กรณีอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงของการฝากครรภ์ให้ หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะอายุครรภ์ บันทึกช่วงครรภ์ กรณีมาตรงช่วงการนัดฝากครรภ์เท่านั้น	ANCNO
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	GA
8	ผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	ANCRESULT
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	ANCPLACE
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน	PROVIDER

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		สถานพยาบาลเดียวกัน	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.27 การบันทึกแฟ้ม LABOR

แฟ้ม LABOR ใช้บันทึกข้อมูลการคลอด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	LMP
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	EDC
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD - 10 TM	BRESULT
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	BPLACE
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	BHOSP
10	วิธีการคลอด / สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำก๊น, 6 = ABORTION	BTYPE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	BDOCTOR
12	จำนวนเกิดมีชีพ	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	LBORN
13	จำนวนตายคลอด	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	SBORN
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.28 การบันทึกแฟ้ม POSTNATAL

แฟ้ม POSTNATAL ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจหลังคลอด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกความครอบคลุมจะไม่มี SEQ	SEQ
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
5	วันคลอด / วันสิ้นสุด การตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
6	วันที่ดูแลแม่	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน	PPCARE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
		กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	
7	รหัสสถานพยาบาลที่ ดูแลแม่	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	PPPLACE
8	ผลการตรวจมารดาหลัง คลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	PPRESULT
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.29 การบันทึกแฟ้ม NEWBORN

แฟ้ม NEWBORN ใช้บันทึกข้อมูลเด็กแรกเกิด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลนั้นมี มารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	MPID
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	GRAVIDA
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	GA
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	BTIME

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BPLACE
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BHOSP
10	ลำดับที่ของทารกที่คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	BIRTHNO
11	วิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BTYPE
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BDOCTOR
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม	BWEIGHT
14	ภาวะการขาดออกซิเจน	1 = ขาด , 2 = ไม่ขาด, 9 = ไม่ทราบ	ASPHYXIA
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	VITK
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	TSH
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	TSHRESULT
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.30 การบันทึกแฟ้ม NEWBORNCARE

แฟ้ม NEWBORNCARE ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลเด็กแรกเกิด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มารับบริการในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	BCARE
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	BCPLACE
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	BCARERESULT
8	อาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	FOOD
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.31 การบันทึกแฟ้ม EPI

แฟ้ม EPI ใช้บันทึกข้อมูลการให้วัคซีนแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายถึง : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรฉีดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	VACCINETYPE
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	VACCINEPLACE
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.32 การบันทึกแฟ้ม NUTRITION

แฟ้ม NURITION ใช้บันทึกข้อมูลการได้รับโภชนาการของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึก ดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	NUTRITIONPLACE
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	WEIGHT
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.)	HEIGHT
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	HEADCIRCUM
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	1 = ปกติ, 2 = สงสัยช้ากว่าปกติ, 3 = ช้ากว่าปกติ หมายเหตุบันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	CHILDDEVELOP
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว หมายเหตุ เพิ่มรหัส 0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน	FOOD
11	การใช้ขวดนม	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม	BOTTLE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4A.33 การบันทึกแฟ้ม SPECIALPP

แฟ้ม SPECIALPP ใช้บันทึกข้อมูลการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคที่กำหนดเฉพาะตามแผนการ
ป้องกันโรคต่างๆ แก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็น ตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	DATE_SERV
5	บริการใน-นอกสถาน บริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
6	รหัสบริการส่งเสริม ป้องกันเฉพาะ	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	PPSPECIAL
7	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	PPSPLACE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

4B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม กำหนดรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับส่งรายงานให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นมาตรฐานแฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้มีข้อมูลเท่าที่จำเป็นสำหรับการส่งรายงานเท่านั้น (Minimal Data Set) แต่ยังมีข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งอีกหลายรายการ ซึ่งมิได้กำหนดให้ส่งออกเป็น 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ เพราะเป็นข้อมูลที่ต้องมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ชื่อโรคของผู้ป่วย ไม่กำหนดไว้ในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกชื่อโรคของผู้ป่วยไว้ในระบบของตนเอง เพื่อให้ผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยคนใหม่ สามารถรู้ว่า แพทย์หรือผู้รักษาคนเก่า เคยวินิจฉัยโรคไว้ว่าอย่างไร ทำให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. ผลการตรวจร่างกาย
3. ชื่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
6. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
7. แผนการรักษา รวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วย
8. ผลลัพธ์ของการรักษา

4B.1 ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยที่สมบูรณ์ จะต้องประกอบไปด้วยหัวข้อหลัก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 3) ดังนี้

- ลักษณะผู้ป่วย
- อาการสำคัญ
- ประวัติปัจจุบัน
- ประวัติอดีต
- ประวัติครอบครัว
- ประวัติการใช้ชีวิตในสังคม
- ทบทวนตามระบบ

มาตรฐาน 43 แพ้ม กำหนดให้บันทึกเพียงแค่อาการสำคัญ แต่จริงๆแล้ว ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ก็มีความสำคัญไม่น้อย แต่บางครั้งแพทย์หรือผู้ตรวจรักษามีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถซักประวัติได้ครบทุกหัวข้อ จึงอาจไม่สามารถบันทึกประวัติได้ครบ เช่น ไม่สามารถทบทวนตามระบบได้ คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานนโยบายและแผน พ.ศ. 2556 จึงกำหนดให้การบันทึกอาการสำคัญและ ประวัติปัจจุบัน เป็นหัวข้อเพียง 2 หัวข้อที่ต้องบันทึก อย่างไรก็ตามถ้าสามารถบันทึกได้มากขึ้น ละเอียดขึ้น ก็จะถือว่าทำให้ข้อมูลประวัติมีคุณภาพมากขึ้น ดังหลักเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วย (2558)

4B.2 ผลการตรวจร่างกาย

ผลการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ จะต้องประกอบไปด้วยหัวข้อหลัก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 3) ดังนี้

- สภาพทั่วไปที่ปรากฏ (General Appearance)
- สัญญาณชีพ (Vital Signs)
- ศีรษะ ตา หู จมูก คอ (Head Eye Ear Nose Throat – HEENT)
- ระบบหายใจ (Respiratory System)
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)
- ช่องท้อง (Abdominal Region)
- อวัยวะเพศ (Genital Area)

- การตรวจช่องคลอดและทวารหนัก (Per Vaginal – PV and Per Rectal Exam – PR)
- แขนและขา (Extremities)
- ระบบประสาท (Nervous System)
- สุขภาพจิต (Mental Health)

มาตรฐาน 43 แพ้ม มิได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยทุกราย แต่ผลการตรวจร่างกายก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่บางครั้งแพทย์หรือผู้ตรวจรักษามีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถซักประวัติได้ครบทุกหัวข้อ จึงอาจไม่สามารถบันทึกผลการตรวจร่างกายได้ครบ เช่น อย่างน้อยก็ต้องมีผลการตรวจร่างกายในระบบที่ผู้ป่วยมีอาการ คู่มือคำแนะนำการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานนโยบายและแผน พ.ศ. 2556 จึงกำหนดให้การตรวจร่างกายมีคะแนนคุณภาพระดับต่ำสุด คือต้องตรวจร่างกายในระบบที่มีการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามถ้าสามารถบันทึกได้มากขึ้น ละเอียดยิ่งขึ้น ก็จะถือว่าทำให้ข้อมูลประวัติมีคุณภาพมากขึ้น ดังหลักเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วย (2558)

4B.3 ชื่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น

การบันทึกชื่อโรคของผู้ป่วย จะต้องบันทึกให้ครบทุกโรค และแต่ละโรคต้องมีคำบรรยายชื่อโรค ชนิดโรคและตำแหน่งที่เป็นโรคโดยละเอียด ไม่เขียนห้วนๆเพียงคำเดียว และต้องไม่ใช้รหัส ICD (International Statistical Classification of Diseases) หรือคำบรรยายรหัส ICD มาเป็นชื่อโรค เพราะ ICD ใช้แทนชื่อโรคไม่ได้

เทคนิคการใช้คำในการวินิจฉัยโรค (วรรษา 2556) เป็นแนวทางการบันทึกคำวินิจฉัยโรคให้มีคุณภาพดังนี้

เทคนิคการใช้คำในการวินิจฉัยโรค

นอกจากการสรุปการรักษาโดยแจกแจงเป็นโรคหลัก, โรคร่วม, โรคแทรกและโรคอื่นๆแล้ว เรื่องการใช้คำในการวินิจฉัยโรคก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน โดยหลักการที่ดีในการใช้คำวินิจฉัยโรค ให้ยึดหลักว่าให้เรียกชื่อโรคของผู้ป่วยแต่ละโรคให้ชัดเจนและมีรายละเอียดของโรคให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยนอกจากการฝึกลายมือให้เขียนหนังสือแล้วอ่านออกแล้ว ควรอาศัยเทคนิคเพิ่มเติมดังนี้

1. ไม่ใช่คำย่อ หรือ ใช้คำย่อเฉพาะที่เป็นสากล
2. หลีกเลี่ยงคำกำกวม หรือ คำเรียกชื่อโรคแบบกว้างๆ

3. ใส่รายละเอียดของโรคหลายๆแง่มุม

4. ระวังการเขียนอาการแทนชื่อโรค

เทคนิคที่ 1 แก้ปัญหาคำย่อ

แพทย์ชอบใช้คำย่อในการเรียกชื่อโรคหรือชื่อการผ่าตัด เพราะง่าย สะดวก รวดเร็ว แต่คำย่อของแพทย์มักเป็นปัญหาสำหรับผู้ให้รหัสโรค เนื่องจากไม่สามารถแปลคำย่อเป็นชื่อเต็มได้ ดังนั้น วิธีที่น่าจะดีที่สุด คือ การห้ามเขียนหรือขอความร่วมมือแพทย์ ไม่ให้เขียนคำย่อในใบสรุปการรักษาผู้ป่วย

หากไม่สามารถห้ามหรือขอความร่วมมือไม่ให้แพทย์เขียนคำย่อ ควรมีข้อตกลงในการแก้ไขปัญหาดังนี้

1. คำย่อในลักษณะใดที่ควรเขียนหรือไม่ควรเขียน เช่น ตกลงกันว่าห้ามเขียนคำย่อที่ไม่เป็นสากล โดยคำย่อที่เป็นสากลคือ คำย่อที่แพทย์มากกว่า 2 แผนก เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นโรคเดียวกัน เช่น คำย่อ DM เป็นคำที่ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์และสูติแพทย์ เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นคำย่อของโรค Diabetes Mellitus ดังนั้น DM ถือว่าเป็นคำย่อสากล ที่แพทย์ตกลงกันให้เขียนลงในใบสรุปการรักษาได้

ส่วนคำย่อ ET นั้น จักษุแพทย์บอกว่า ย่อมาจากคำว่า Esotropia อายุรแพทย์ บอกว่า ย่อมาจากคำว่า Essential Thrombocytopenia ส่วนโสตศอนาสิกแพทย์ บอกว่า ย่อมาจากคำว่า Endotracheal Tube ดังนั้น ถือเป็นคำย่อที่ไม่เป็นสากล ห้ามเขียนโดยเด็ดขาด

2. คำย่อที่ซ้ำกัน ต้องตกลงกันว่าคำเต็มควรเป็นคำว่าอะไร เมื่อตกลงกันได้แล้ว ห้ามใช้ในความหมายอื่น เช่น คำย่อ MI ต้องตกลงว่าจะใช้เป็นคำย่อของคำเต็มว่า Mitral Insufficiency หรือ Myocardial Infarction กันแน่ หรือ คำย่อ CHF ต้องตกลงกันว่าจะ เป็นคำย่อของโรค Chronic Hepatic Fibrosis หรือ Congestive Heart Failure กันนี้

3. ถ้าพบคำย่อที่ไม่สามารถแปลเป็นคำเต็มได้ แพทย์ต้องรับผิดชอบในการแปลเป็นคำเต็ม โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ลงรหัสสามารถสอบถามแพทย์ผู้ใช้คำย่อได้ตลอดเวลา เพื่อลดความผิดพลาดในการแปลคำย่อ

เทคนิคที่ 2 ไม่ใช่คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค

แพทย์ทั่วโลกมักนิยมใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะในการตรวจโรคที่ OPD หรือในห้องฉุกเฉิน คำกำกวมคือคำเรียกชื่อโรคเป็นกลุ่มๆ ครอบคลุมรายละเอียดของโรคมามากกว่า 5 ชนิด คำกำกวมบางคำอาจครอบคลุมรายละเอียดของโรคเป็นแสนหรือล้านแบบ

ตัวอย่างคำกำกวม เช่น Multiple Injury (ครอบคลุมรายละเอียดโรคมามากกว่า 1000 แบบ), Head Injury, Blunt Trauma Abdomen, Ankle Injury , Cerebrovascular Accident, Urinary Tract Infection ฯลฯ

สาเหตุที่แพทย์ชอบใช้คำกำกวมเกิดจาก

1. ยังไม่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคชนิดใดกันแน่
2. กลัวว่าถ้าใช้คำที่ละเอียดกว่านั้น จะกลายเป็นวินิจฉัยโรคผิด

แพทย์มักใช้คำกำกวมในสถานการณ์ฉุกเฉินทุก ต้องวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วน เฉพาะหน้า เช่นใน OPD หรือ ที่ ER ดังนั้น เรามักพบคำกำกวมในการวินิจฉัยโรคแรกรับของแพทย์ส่วนใหญ่

ในการสรุปการรักษาผู้ป่วย แพทย์ไม่ควรใช้คำกำกวม เนื่องจากว่า ได้ทำตรวจอย่างละเอียด และทำการรักษาผู้ป่วยจนเสร็จสิ้นการรักษา ผู้ป่วยกลับบ้านได้แล้ว (หรือเสียชีวิตแล้ว) น่าจะวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งให้ประวัติว่าหกล้มหัวฟาดพื้นสลับ แพทย์วินิจฉัยโรคแรกรับว่า Head Injury เพราะตอนแรกรับแพทย์ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีบาดเจ็บในสมองหรือไม่ กะโหลกร้าวหรือไม่ (ยังไม่ได้ตรวจภาพรังสี) แต่หลังจากนั้น 3 วัน แพทย์ทำการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้วอนุญาตให้กลับบ้าน โดยผลการตรวจทุกอย่าง ไม่พบรอยกะโหลกร้าว หรือสมองบาดเจ็บ ควรเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคจากเดิม Head Injury ให้กลายเป็น Cerebral Concussion และ บันทึก Cerebral Concussion ลงในการสรุปการรักษาผู้ป่วย

เทคนิคที่ 3 การเพิ่มรายละเอียดของโรค

ควรยึดหลักการที่ว่า ให้เรียกชื่อโรคของผู้ป่วยแต่ละโรคให้ชัดเจนและมีรายละเอียดของโรคให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เสมอ โดยเฉพาะกรณีที่ได้ทำการตรวจภาพรังสี เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือทำการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียดไปแล้ว

บางครั้งพบว่า แพทย์เขียนชื่อโรคแบบลวกๆ ไม่บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมลงไปทั้งที่รู้รายละเอียดของโรคชัดเจน โดยมีสาเหตุจาก ความเคยชินในการใช้คำแบบเดิมๆ

ตัวอย่างการเขียนชื่อโรคไม่ละเอียด ได้แก่

เขียนชื่อโรคว่า Fracture Femur ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Supracondylar Fracture of Left Femur

เขียนชื่อโรคว่า CA Stomach ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Adenocarcinoma at Antrum of Stomach

เขียนชื่อโรคว่า MI (Myocardial Infarction) ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Acute Inferior wall Myocardial

Infarction at Left Ventricle

เขียนชื่อโรคว่า DM (Diabetes Mellitus) ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Diabetes Mellitus type 2

เขียนชื่อโรคว่า Cataract ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Senile Nuclear Cataract

เขียนชื่อโรคว่า Pneumonia ทั้งๆที่รู้ว่า ผู้ป่วยเป็น Staphylococcal Pneumonia at Right Upper Lung

การเขียนชื่อโรคไม่ละเอียด ทำให้ผู้ลงรหัสลงรหัสโรคในประเภทที่เป็นรหัส unspecified ซึ่งถ้าไปคำนวณจัดกลุ่มโรคตามระบบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group – DRG) จะทำให้จัดกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำ ทำให้เบิกเงินค่ารักษาได้น้อยกว่าความเป็นจริง 30-200% แพทย์จึงควรปรับพฤติกรรมในการเรียกชื่อโรค จากเดิมเคยเรียกชื่อโรคแบบสั้นๆห้วนๆ ให้เรียกชื่อโรคให้ละเอียดขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ทำการชันสูตรโดยละเอียดไปแล้ว(ช้อยกเว้น คือกรณีที่ยังไม่ทราบชนิดของโรคโดยละเอียดตามหลักวิชาการ ก็ให้วินิจฉัยโรคไปตามจริง อย่าฝืนเขียนให้ละเอียดเกินไป อาจเข้าข่ายการสร้างข้อมูลเป็นเท็จได้)

เทคนิคที่ 4 ระวังการเขียนอาการแทนชื่อโรค

ถ้าแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนแล้ว ไม่ควรเขียนอาการแม้แต่คำเดียวในการสรุปการรักษาผู้ป่วย เช่น รู้ว่าผู้ป่วยเป็น Intracerebral Hemorrhage แล้ว ก็ไม่ควรเขียนคำว่า Coma ในใบสรุปการรักษาในอดีต พบว่า แพทย์เขียนอาการเป็นโรคหลักอยู่บ้าง โดยเฉพาะในแบบฟอร์มเดิมที่มีจุดอ่อน

เราสามารถหลีกเลี่ยงอาการโดยเขียนเฉพาะการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้วเท่านั้น

ตัวอย่างการไม่เขียนอาการแทนชื่อโรค

ไม่ควรเขียนคำว่า Alteration of Conscious

ถ้ารู้ว่าผู้ป่วยเป็น Subarachnoid Hemorrhage

ไม่ควรเขียนคำว่า Paraplegia

ถ้ารู้ว่าผู้ป่วยเป็น Spinal Cord Transection

ไม่ควรเขียนคำว่า Upper GI Bleeding

ถ้ารู้ว่าผู้ป่วยเป็น Bleeding Chronic Duodenal Ulcer

ไม่ควรเขียนคำว่า Chest Pain

ถ้ารู้ว่าผู้ป่วยเป็น Acute Myocardial Infarction

ไม่ควรเขียนคำว่า Acute Abdomen ถ้ารู้ว่าผู้ป่วยเป็น Peptic Ulcer Perforated

มาตรฐาน 43 แพ้ม มิได้กำหนดให้บันทึกชื่อโรค เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องการชื่อโรคไปวิเคราะห์ผล แต่สถานพยาบาลต้องมีชื่อโรคเก็บไว้ในเวชระเบียนหรือในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล เพราะชื่อโรคเป็นข้อมูลสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน จะมีขั้นตอนการตรวจว่าสถานพยาบาลเก็บชื่อโรคของผู้ป่วยทุกรายไว้ในเวชระเบียนหรือในระบบฐานข้อมูลหรือไม่ ดังหลักเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วย (2558)

4B.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทุกคน ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการบันทึกผลเข้าไปในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ผลการตรวจในอดีตจะถูกนำมาผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มีได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4B.5 ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น เอ็กซเรย์ อัลตราซาวนด์ ฯลฯ จะมีผลการตรวจออกมาก็ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือแพทย์ผู้อ่านผลต้องบันทึกเข้าไปในระบบ เช่นเดียวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยาในอดีตจะถูกนำผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มีได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยา เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4B.6 ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

การตรวจพิเศษนอกเหนือจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจลักษณะเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจทางพิเศษ จะมีผลการตรวจออกมาก็ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือแพทย์ผู้อ่านผลต้องบันทึกเข้าไปในระบบ เช่นเดียวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษในอดีตจะถูกนำผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มีได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจพิเศษอื่นๆ เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4B.7 แผนการรักษา รวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วย

เมื่อแพทย์หรือผู้ตรวจรักษาโรคอื่นๆ ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ก็จะวางแผนการรักษา ก่อนเริ่มดำเนินการรักษา แพทย์จึงควรแผนการรักษาไว้ให้ชัดเจน โดยมีหัวข้อที่สำคัญดังนี้

- แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา หรือการตรวจพิเศษเพิ่มเติม
- แผนการรักษาตามอาการ
- แผนการรักษาที่จำเพาะต่อโรค
- การให้ข้อมูลและความรู้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา

มาตรฐาน 43 แพ้ม มีได้กำหนดให้บันทึกแผนการรักษา เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค แต่ในอนาคตการวิเคราะห์แผนการรักษาจะเป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย สถานพยาบาลต้องบันทึกแผนการรักษาของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะตรวจสอบได้ว่า มีกระบวนการรักษาที่มีคุณภาพตามหลักวิชาการมากน้อยเพียงใด

4B.8 ผลลัพธ์ของการรักษา

เมื่อแพทย์หรือผู้ตรวจรักษาโรคอื่นๆ ได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไปแล้ว เมื่อนัดผู้ป่วยมาติดตามดูผลการรักษา ควรมีการบันทึกผลลัพธ์ของการรักษา โดยมีผลลัพธ์ได้หลายแบบดังนี้

- กรณีรักษาโรคเฉียบพลัน ให้ประเมินผลกว่า หายขาดจากโรคแล้ว หรือ ยังไม่หายดีแต่อาการไม่ดีขึ้น หรือ อาการเป็นเท่าเดิม/เป็นมากขึ้น
- กรณีรักษาโรคเรื้อรัง ให้ประเมินผลว่า สามารถควบคุมโรคได้อย่างไร หรือ ควบคุมโรคได้ปานกลาง หรือ ควบคุมได้น้อย/ไม่ได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มีได้กำหนดให้บันทึกผลลัพธ์การรักษา เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลลัพธ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค แต่ในอนาคตการวิเคราะห์ผลลัพธ์การรักษาจะเป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย สถานพยาบาลต้องบันทึกผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะตรวจสอบได้ว่า มีกระบวนการรักษาที่ได้ผลลัพธ์ตามหลักวิชาการมากน้อยเพียงใด

บทที่ 5. การบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใน (In Patient Data Recording)

ผู้ป่วยในหมายถึง ผู้ที่แพทย์ไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ให้บริการต้องกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในทุกประการเป็นลายลักษณ์อักษร จัดเก็บเอาไว้ในระบบเวชระเบียน และ/หรือ ระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล การบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. การบันทึกข้อมูลตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข และ 2. การบันทึกข้อมูลที่สำคัญแต่ไม่อยู่ในข้อกำหนดมาตรฐาน 43 แฟ้ม

5A. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในตามแนวทางมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม มีแฟ้มที่ต้องใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในทุกราย 4 แฟ้ม และแฟ้มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในบางราย 2 แฟ้ม รวม 6 แฟ้ม ดังต่อไปนี้

1. ADMISSION
2. DIAGNOSIS_IPD
3. DRUG_IPD
4. PROCEDURE_IPD
5. CHARGE_IPD
6. DEATH

แฟ้มที่ต้องใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในทุกราย คือ ADMISSION, DIAGNOSIS_IPD, DRUG_IPD, CHARGE_IPD แฟ้ม PROCEDURE_IPD ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดเท่านั้น แฟ้ม DEATH ใช้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่เสียชีวิตเท่านั้น

5A.1 การบันทึกแฟ้ม ADMISSION

แฟ้ม ADMISSION ใช้เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDADMIT
7	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลัก ในการ admit ครั้งนั้น)	INSTYPE
8	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการ ส่งต่อจากบริการ EMS	TYPEIN
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	REFERINHOSP
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้ บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEIN
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	ADMITWEIGHT
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซ.ม.)	ADMITHEIGHT
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_DISCH
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDDISCH
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHSTATUS
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHTYPE
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	REFEROUTHOSP

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEOUT
19	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดศัลยกรรมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดศัลยกรรมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดศัลยกรรมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	ACTUALPAY
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนไข้หลัก)	PROVIDER
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

5A.2 การบันทึกแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD

แฟ้ม DIAGNOSIS_IPD ใช้บันทึกรหัส ICD ของผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDDIAG
6	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก)	DIAGTYPE
7	รหัสการวินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	DIAGCODE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

5A.3 การบันทึกแฟ้ม DRUG_IPD

แฟ้ม DRUG_IPD ใช้บันทึกการให้ยาแก่ผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDSTAY

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
6	ประเภทการจ่ายยา	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไป ใช้ที่บ้าน	TYPEDRUG
7	รหัสยา 24 หลัก หรือ รหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยา ของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	DIDSTD
8	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นการให้ระหว่างรักษาใน โรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช	DATESTART
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นการให้ระหว่างรักษาใน โรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช	DATEFINISH
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย	AMOUNT
12	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	UNIT
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วย นับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT	UNIT_PACKING
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	DRUGPRICE
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	DRUGCOST
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

5A.4 การบันทึกแฟ้ม CHARGE_IPD

แฟ้ม CHARGE_IPD ใช้บันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สनย.	WARDSTAY
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	CHARGEITEM
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	CHARGELIST
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บ ให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

5A.5 การบันทึกแฟ้ม PROCEDURE_IPD

แฟ้ม PROCEDURE_IPD ใช้บันทึกรหัสหัตถการของผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDSTAY
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	PROCEDCODE
7	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	TIMESTART
8	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	TIMEFINISH
9	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	SERVICEPRICE
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

5A.6 การบันทึกแฟ้ม DEATH

แฟ้ม DEATH ใช้บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตและสาเหตุการตาย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "00000"	HOSPDEATH
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	AN
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต	SEQ
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	DDEATH
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_A
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_B
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_C
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_D
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	ODISEASE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็นการให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการด้านสุขภาพ	CDEATH
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2= เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์ , 4 = ผู้ชาย ,9 = ไม่ทราบ (ตัด 3 4 9 ออก) หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์	PREGDEATH
14	สถานที่ตาย	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล	PDEATH
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

5B. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่สำคัญสำหรับสถานพยาบาล แต่ไม่กำหนดในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

มาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม กำหนดรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับส่งรายงานให้กับกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นมาตรฐานแฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้มีข้อมูลเท่าที่จำเป็นสำหรับการส่งรายงานเท่านั้น (Minimal Data Set) แต่ยังมีข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งอีกหลายรายการ ซึ่งมีได้กำหนดให้ส่งออกเป็น 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ เพราะเป็นข้อมูลที่ต้องมีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลสรุปการรักษา (Discharge Summary) ไม่กำหนดไว้ในมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกการสรุปการรักษา เพื่อให้ผู้ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยคนใหม่ สามารถรู้ว่า แพทย์หรือผู้รักษาค้นเก่า เคยวินิจฉัยโรคไว้ว่าอย่างไร เคยรักษาอย่างไร มีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลอย่างไรทำให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน

2. ผลการตรวจร่างกายแรกจับ
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
5. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
6. รายการปัญหา
7. แผนการรักษา
8. บันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์
9. บันทึกการให้คำปรึกษา
10. บันทึกการทำการผ่าตัดหรือหัตถการ
11. บันทึกความก้าวหน้า
12. บันทึกทางการพยาบาล
13. บันทึกการคลอด
14. บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
15. บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก
16. สรุปการรักษา
17. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลและการขอความยินยอมเพื่อรักษา
18. บันทึกอื่นๆ เช่น บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

5B.1 ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถาม พูดคุยกับผู้ป่วย แล้วบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึกประวัติโดยละเอียด สะท้อนให้เห็นว่า แพทย์ได้ให้ความสำคัญกับการซักถาม พูดคุยผู้ป่วย และใช้เวลากับผู้ป่วยมากพอ

ส่วนประกอบของประวัติผู้ป่วย มีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

- | | |
|---------------------|------------------|
| • อาการสำคัญ | Chief complaint |
| • ประวัติปัจจุบัน | Present illness |
| • ประวัติอดีต | Past history |
| • ประวัติครอบครัว | Family history |
| • ประวัติสังคม | Social history |
| • ทบทวนอาการตามระบบ | Review of system |

บันทึกประวัติผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีองค์ประกอบที่สำคัญครบถ้วนทุกหัวข้อ
- ข้อมูลประวัติผู้ป่วยของแพทย์ ไม่ขัดแย้งกับข้อมูลของบุคลากรฝ่ายอื่น
- มีรายละเอียดที่ดี เมื่ออ่านแล้ว สามารถเห็นภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ชัดเจน ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการในอดีต มาจนถึงเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- มีข้อมูลครอบคลุม สภาพแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วย
- มีการทบทวนอาการตามระบบโดยละเอียด

5B.2 ผลการตรวจร่างกายแรกรับ

บันทึกการตรวจร่างกาย เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้วบันทึกลงไปในเวชระเบียน โดยข้อมูลการตรวจร่างกายจะสะท้อนคุณภาพการตรวจของแพทย์ รวมทั้งเวลาที่แพทย์ให้กับผู้ป่วย การอ่านบันทึกการตรวจร่างกาย จะทำให้ทราบว่า แพทย์ตรวจร่างกายส่วนใดของผู้ป่วย โดยยึดหลักว่า หากมิได้บันทึกผลการตรวจส่วนใด แสดงว่าแพทย์มิได้ตรวจส่วนนั้น เช่น ไม่บันทึกว่า ผลการตรวจหัวใจเป็นอย่างไร แสดงว่า แพทย์มิได้ทำการตรวจหัวใจผู้ป่วยรายนั้น(มิใช่ตีความว่าปกติ)

บันทึกประวัติผู้ป่วยมีองค์ประกอบที่สำคัญ โดยสามารถจำแนกได้ตามลักษณะรายการที่ต้องมีบันทึกไว้ดังนี้

รายการที่ควรมีในบันทึกประวัติ	ความสำคัญ (ต้องมีบันทึก, ควรมีบันทึก, ควรมีเฉพาะบางกรณี)
สัญญาณชีพ (Vital signs)	ต้องมีบันทึก
ลักษณะทั่วไป (General appearance)	ควรมีบันทึก
ศีรษะ ตา หู คอ จมูก (HEENT)	ควรมีบันทึก
ทรวงอก ปอด หัวใจ (Chest and heart)	ต้องมีบันทึก
ท้อง (Abdomen)	ต้องมีบันทึก
แขน ขา (Extremities)	ควรมีบันทึก

รายการที่ควรมีในบันทึกประวัติ	ความสำคัญ (ต้องมีบันทึก, ควรมีบันทึก, ควรมีเฉพาะบางกรณี)
ระบบประสาท (Neuro-signs)	ควรมีบันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาจแสดงผลทางระบบประสาท
ผิวหนัง (Skin)	ควรมีบันทึกในผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนัง
การตรวจภายใน (Vaginal examination)	ควรมีบันทึกในผู้ป่วยโรคทางนรีเวช
การตรวจทางทวารหนัก (Rectal examination)	ควรมีบันทึกในผู้ป่วยปวดท้อง ถ่ายผิดปกติ
การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)	ควรมีบันทึก

บันทึกผลการตรวจร่างกายที่ดีมีคุณภาพ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีองค์ประกอบที่สำคัญครบถ้วนทุกหัวข้อที่ต้องมีบันทึกหรือควรมีบันทึก
- มีรายละเอียดที่ดี เช่น บรรยายลักษณะการตรวจพบ มิใช่เขียนเพียง normal หรือ WNL
- บันทึกแง่มุมที่สำคัญของการตรวจ เช่น ตำแหน่งโรค ขนาด รูปร่าง ลักษณะ สี ผิวสัมผัสความยืดหยุ่น ฯลฯ
- มีรูปภาพประกอบชัดเจน ในกรณีที่ต้องหรือควรใช้รูปอธิบาย

5B.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทุกคน ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการบันทึกผลเข้าไปในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ผลการตรวจในอดีตจะถูกนำมาผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แฟ้ม มิได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยใน เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5B.4 ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น เอ็กซเรย์ อัลตราซาวนด์ ฯลฯ จะมีผลการตรวจออกมาก็ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือแพทย์ผู้อ่านผลต้องบันทึกเข้าไปในระบบ เช่นเดียวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยาในอดีตจะถูกนำมาผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มิได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจทางรังสีวิทยาของผู้ป่วยใน เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5B.5 ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

การตรวจพิเศษนอกเหนือจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจลักษณะเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจทางพิเศษ จะมีผลการตรวจออกมาก็ต้องมีระบบบันทึกไว้ให้ครบถ้วน เช่น แพทย์อาจคัดลอกผลการตรวจลงไปในเวชระเบียน หรือแพทย์ผู้อ่านผลต้องบันทึกเข้าไปในระบบ เช่นเดียวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษในอดีตจะถูกนำมาผลเปรียบเทียบกับผลการตรวจในปัจจุบันอยู่เสมอ ทำให้แพทย์สามารถรู้ความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆในตัวผู้ป่วยได้

มาตรฐาน 43 แพ้ม มิได้กำหนดให้บันทึกผลการตรวจพิเศษอื่นๆของผู้ป่วยใน เพราะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้วิเคราะห์ผลการตรวจสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่สถานพยาบาลต้องบันทึกผลการตรวจของผู้ป่วยทุกราย โดยครบถ้วน เพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5B.6 รายการปัญหา

เมื่อแพทย์บันทึกประวัติและผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยเสร็จแล้ว แพทย์ต้องระบุปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยโดยเขียนเป็นรายการปัญหา (Problem List) รายการปัญหาเป็นเอกสารที่สำคัญมาก เพราะเปรียบเสมือนเป็นสารบัญหลักในเวชระเบียนผู้ป่วย ใช้สื่อสารกันในทีมแพทย์ พยาบาลที่ร่วมดูแลผู้ป่วย โดยเมื่ออ่านรายการปัญหานี้แล้ว ทุกคนจะทราบว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมีปัญหาอะไรอยู่บ้าง ปัญหาใดได้รับการแก้ไข

จนหมดปัญหาแล้ว ปัญหาใดยังมีอยู่ ได้รับการจัดการมาากี่วันแล้ว แพทย์จะต้องปรับปรุงรายการปัญหานี้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยปรับปรุงรายการนี้ทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

การเขียนรายการปัญหา จะใช้ตัวเลขนำหน้าปัญหาทุกปัญหา และใช้ตัวเลขเดิมอ้างอิงไปตลอดการเขียนเวชระเบียนผู้ป่วยรายนั้น โดยเฉพาะการเขียนบันทึกความก้าวหน้า แพทย์จะอ้างอิงตัวเลขของปัญหาที่ติดตามต่อเนื่องไปตลอด เมื่อเกิดปัญหาใหม่ แพทย์จะใช้ตัวเลขต่อจากรายการปัญหาเดิม เป็นเลขอ้างอิงปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

เพื่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไป เช่น ปัญหาหมดไป หรือ ปัญหา 2 รายการ รวมกันเหลือรายการเดียว แพทย์จะต้องเขียนสัญลักษณ์ในรายการปัญหา เช่น สัญลักษณ์ลูกศร รวมปัญหา เพื่อปรับปรุงรายการปัญหาสะท้อนความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ในรายการปัญหาแต่ละรายการ สามารถแยกได้เป็น Active หรือ Inactive Problem สำหรับ Active Problems แพทย์อาจเขียนรายละเอียดเพิ่มเติม เช่น การวินิจฉัยแยกโรค ชนิดของโรค สาเหตุการเกิดโรค ฯลฯ ลงไปภายใต้หัวข้อปัญหานั้น ตามตัวอย่างดังต่อไปนี้

ตัวอย่างรายการปัญหา (Problem List)

ACTIVE PROBLEMS	INACTIVE PROBLEMS
#1. Ischemic heart disease	
#2. Seizure disorder	
#3. Diabetes Mellitus	
#4.	Cholecystectomy
#5. Anemia	

การเขียน Problem Lists ที่ดี มีหลักการทั่วไปดังต่อไปนี้

- ปัญหาที่ยกขึ้นมา อาจเป็น อาการ (symptoms) อาการแสดง (signs) ภาวะ (condition) หรือ ชื่อโรค (diagnosis) ก็ได้ โดยหากไม่มั่นใจว่าอาการหลายอาการเกิดจากโรคเดียวกัน แพทย์อาจเขียนเริ่มจากการเขียน อาการแต่ละอาการเป็นปัญหา และเมื่อค้นพบภายหลังว่าอาการใดสามารถนำมารวมเป็นโรคเดียวกันได้ ก็ค่อยปรับปรุงรวมเป็นปัญหาเดียวกัน
- ไม่ควรเขียนเครื่องหมาย อัศเจรีย์ (เครื่องหมายคำถาม ?) อยู่กับชื่อปัญหา เพราะปัญหาที่ยกขึ้นมาควรเป็นปัญหาที่แพทย์แน่ใจแล้วว่า เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- หากทราบว่าอาการหรืออาการแสดงเกิดจากโรคอะไรอยู่แล้ว ให้เขียนชื่อโรคนั้นเป็นปัญหาโดยไม่
ต้องเขียนอาการ
- หากทราบว่าโรคใดมีสาเหตุมาจากโรคอื่น ให้ระบุสาเหตุในรายการปัญหาได้ แต่หากไม่ทราบ
สาเหตุ ก็ใช้คำบรรยายเพิ่มเติม เป็น **unknown etiology**

5B.7 แผนการรักษา

การวางแผนขั้นต้น (Initial) เป็นกระบวนการที่แพทย์จะวิเคราะห์ข้อมูลจาก Database ของผู้ป่วย
วินิจฉัยแยกโรค แล้ววางแผนการรักษาผู้ป่วยในวันแรก โดยการวางแผนจะอ้างอิงรายการปัญหาเป็นหลัก
กล่าวคือทุกๆ ปัญหาที่แพทย์บันทึกไว้ในรายการปัญหา ควรมีแผนการรักษาของปัญหานั้นแยกออกมาจาก
แผนการรักษาของปัญหาอื่นโดยชัดเจน โดยมีหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

1. หมายเลขและชื่อของปัญหา
2. ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยที่แพทย์คิดว่าสัมพันธ์กับปัญหาในข้อ 1 (Subjective Data - S)
3. ข้อมูลจากบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่แพทย์คิดว่าสัมพันธ์กับปัญหาในข้อ 1 (Objective
Data - O)
4. การประเมินความหมายของข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3 การสันนิษฐานสาเหตุของโรค วินิจฉัยแยก
โรค จำแนกประเภทของโรค ประเมินความรุนแรงของโรค ตามความคิดเห็นของแพทย์
(Assessment – A)
5. การวางแผน เพื่อการตรวจเพิ่มเติม เพื่อการรักษา และเพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วย (Plan – P)

ลักษณะรายละเอียดการบันทึกหัวข้อย่อยในแต่ละปัญหาเรียงจากหัวข้อย่อยที่ 2 ถึง 5 อาจเรียกตาม
ตัวย่อภาษาอังกฤษเรียงกันได้ว่า การบันทึกแบบ S-O-A-P หรือ SOAP

ข้อมูลในส่วน SOAP ต้องมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัญหาที่ตั้งไว้แต่ละปัญหา โดยแพทย์จะ
เป็นผู้พิจารณาว่า ข้อมูลในประวัติและตรวจร่างกายรายการใดที่เชื่อมโยงกับปัญหาแต่ละปัญหา แล้วเลือก
ข้อมูลมาส่วนที่เกี่ยวข้องมาเขียนไว้แยกกันในแต่ละหัวข้อปัญหา หลังจากนั้นประเมินความหมายของข้อมูล
แล้ววินิจฉัยแยกโรค หรือถ้าวินิจฉัยโรคได้แล้ว ก็ประเมินความรุนแรงของโรค จำแนกชนิดของโรค แล้วจบลง
ด้วยการวางแผนตรวจเพิ่มเติม การรักษาและการให้ความรู้กับผู้ป่วย

5B.8 บันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์

บันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Orders) เป็นบันทึกที่แพทย์สั่งให้พยาบาลดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์ ประกอบด้วยการสั่งการรักษาครั้งเดียว และการสั่งการรักษาต่อเนื่อง โดยมีหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

- วันที่และเวลาที่สั่งการรักษา
- คำสั่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือส่งตรวจทางรังสีวิทยา
- คำสั่งให้ทำหัตถการต่างๆ
- การให้ยา การให้สารน้ำ
- กิจกรรมการรักษาพยาบาลอื่นเช่น เช่น งดน้ำและอาหาร หรือ การให้อาหารเฉพาะ การให้ลูกนึ่ง บ่อยๆ ฯลฯ
- ลายมือชื่อของแพทย์ที่สั่ง

การเขียนบันทึกสั่งการรักษาที่ดี มีหลักการทั่วไปดังต่อไปนี้

- เขียนให้บรรจง อ่านง่าย เพราะหากพยาบาลอ่านคำสั่งผิด จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ไม่ควรเขียนเครื่องหมาย สัญลักษณ์ ตัวย่อ ที่ไม่เป็นมาตรฐาน
- หากสั่งการรักษาด้วยวาจาในกรณีเร่งด่วน แพทย์ต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรภายหลังในเวลารวดเร็วที่สุดหลังการสั่งด้วยวาจา

5B.9 บันทึกการให้คำปรึกษา

บันทึกความเห็นแพทย์ที่ปรึกษา เป็นบันทึกที่แสดงให้เห็นผู้อ่านทราบว่า แพทย์ที่ปรึกษาที่มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยมีความเห็นเฉพาะด้าน เกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างไร มีการวินิจฉัยโรค หรือ วินิจฉัยแยกโรคอย่างไร และ ควรวางแผนรักษาอย่างไร

บันทึกความเห็นแพทย์ที่ปรึกษาที่มีคุณภาพดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีการบันทึกวัน เวลาที่แพทย์ที่ปรึกษามาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย
- มีรายละเอียดผลการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ที่ปรึกษา
- มีการวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรคโดยแพทย์ที่ปรึกษา
- มีการวางแผนระยะสั้น และระยะยาวในการดูแลรักษาผู้ป่วย

5B.10 บันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ

บันทึกการผ่าตัด เป็นบันทึกรายละเอียดการตรวจพบและขั้นตอนการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละครั้ง โดยแพทย์ผู้ผ่าตัดมักจะเป็นผู้บันทึกรายละเอียดเหล่านี้ด้วยตนเอง

ส่วนประกอบที่สำคัญของบันทึกการผ่าตัด ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- วัน เวลา ที่เริ่มทำผ่าตัดและสิ้นสุดการผ่าตัด
- ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด รวมทั้งทีมผู้ช่วย
- การวินิจฉัยโรคก่อนและหลังการผ่าตัด
- สิ่งที่ตรวจพบในระหว่างการผ่าตัด
- แนวการลงมีด(Incision)
- รายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดการผ่าตัด
- มีรูปภาพประกอบ

การบันทึกการผ่าตัด ควรเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ในกรณีที่การผ่าตัดเกิดขึ้นในห้องผ่าตัดเล็ก แพทย์อาจบันทึกเป็น Short operative note โดยควรมีหัวข้อ Diagnosis, operative finding, operation, anesthetic technique และ Result

บันทึกการผ่าตัดที่ดีมีคุณภาพ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีการบันทึกทุกครั้งที่ทำผ่าตัด
- มีหัวข้อที่จำเป็นต้องมีครบถ้วน
- มีรายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด มีใช้สรุปเพียง Appendectomy was done ฯลฯ
- มีรูปภาพประกอบที่ชัดเจน

5B.11 บันทึกความก้าวหน้า

บันทึกความก้าวหน้า เป็นเอกสารที่แสดงให้เห็นสถานะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยบันทึกความก้าวหน้าที่ดี จะทำให้ผู้อ่านเห็นภาพผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของตัวผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจให้การรักษาในช่วงเวลาต่างๆกัน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบของบันทึกความก้าวหน้ามีหลายแบบ แต่แบบที่สามารถแสดงแง่มุมต่างๆได้ครบถ้วนที่สุดคือแบบ S-O-A-P โดย S = Subjective คือความรู้สึกของผู้ป่วย, O = Objective คือข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายหรือการตรวจพิเศษ, A = Assessment คือการประเมิน, P = Plan คือการวางแผนการรักษา

บันทึกผลการตรวจร่างกายที่ดีมีคุณภาพ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีการบันทึกทุกวัน ในช่วงหลังจากรับผู้ป่วยเข้ารักษา 72 ชั่วโมงแรก
- มีการบันทึกในวันที่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด
- มีการบันทึกในวันที่ เกิดโรคแทรกซ้อน
- มีการบันทึกในวันที่ มีการเปลี่ยนแผนการรักษา
- มีการบันทึกในวันที่ จำหน่ายผู้ป่วย
- มีการบันทึกครบทุกหัวข้อที่จำเป็น S-O-A-P
- มีการบรรยายรายละเอียดชัดเจนมากกว่า คำว่า same, WNL, OK

5B.12 บันทึกทางการแพทย์พยาบาล

บันทึกการพยาบาล เป็นเอกสารสำคัญที่สามารถใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการให้การพยาบาลได้ โดยพยาบาลผู้ดูแลรักษาจะเป็นผู้บันทึกทุกช่วงเวลาที่กำหนด เช่น ทุกๆ 8 ชั่วโมง หรือ ทุกๆ 16 ชั่วโมงต้องบันทึก 1 ครั้ง

โดยบันทึกการพยาบาลที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีการบันทึกทุกครั้งหลังปฏิบัติการพยาบาล
- บันทึกข้อมูลสมบูรณ์ในแง่มุมต่างๆดังนี้
 - S (Subjective data) ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่า
 - O (Objective data) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - A (Assessment) การประเมินปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
 - P (Planning) จุดประสงค์และการวางแผนแก้ไขปัญหา
 - E (Evaluation) การประเมินผลหลังการแก้ไขปัญหา
- มีข้อมูลสะท้อนให้เห็นภาพรวมของกระบวนการพยาบาล
- อธิบายการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง
- สอดคล้องกับแผนการพยาบาลเฉพาะราย

- เชื้อต่อการศึกษาข้อมูลในการวิจัย การประเมินคุณภาพการพยาบาล
- มีข้อมูลช่วยสนับสนุนเพิ่มเติมการวินิจฉัยโรค และการทำหัตถการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5B.13 บันทึกการคลอด

บันทึกการคลอด มีประโยชน์ทำให้ทราบว่า สภาวะมารดา ก่อนเข้าสู่ระยะการคลอดเป็นอย่างไร ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นอย่างไร ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เด็กในท้องเป็นอย่างไร คลอดได้สำเร็จหรือไม่ เมื่อคลอดแล้วทารกเป็นอย่างไร

บันทึกการคลอดที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีบันทึกสถานะของมารดาเมื่อเริ่มเข้าห้องคลอด
- มีรายละเอียดความก้าวหน้าของการคลอด เช่น การเปิดของปากมดลูก ตำแหน่งศีรษะเด็ก ตามระยะเวลาที่ผ่านมา และ/หรือมีการ เขียนเป็นกราฟ
- มีรายละเอียดการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อมารดาและเด็กในครรภ์เป็นระยะๆ
- บันทึก mode of delivery, การตัดฝีเย็บ การเย็บซ่อม ภาวะมารดาหลังคลอด
- มีบันทึกเวลาคลอด ภาวะของเด็กเมื่อคลอด Apgar score

5B.14 บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือการถ่ายภาพบำบัดของผู้ป่วย แสดงให้เห็นรายละเอียดการทำกายภาพบำบัด วัน เวลา การวินิจฉัย การบำบัด การวางแผน เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการทำกายภาพบำบัด ต้องมี Rehabilitation record อยู่ในแฟ้ม

โดยบันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีบันทึกการวินิจฉัยโรค และการประเมินสภาวะผู้ป่วย
- บันทึกแผนการรักษา ชนิดการบำบัด ระยะเวลาชัดเจน
- มีการบันทึกกิจกรรมกายภาพบำบัดโดยละเอียด
- มีบันทึกเรื่องการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ
- มีการประเมินผลการทำกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง

5B.15 บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก

บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก ควรแสดงให้เห็นรายละเอียด ประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการรักษาตามหลักการแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือก

โดยบันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก ที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีบันทึกประวัติที่ชี้ชัดตามแนวทางหลักการแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือก
- มีผลการตรวจร่างกายตามแนวทางหลักการแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือก
- บันทึกแผนการรักษา ตามแนวทางหลักการแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือก
- มีการบันทึกกิจกรรมการรักษาเช่น การนวด ประคบ อบสมุนไพร ฝังเข็ม ฯลฯ โดยละเอียด

5B.16 สรุปการรักษา

สรุปการรักษาหรือ Discharge summary เป็นเอกสารที่แพทย์ใช้สรุป ผลการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา สรุปรายการการทำผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญทั้งหมด เพื่อประโยชน์ต่อการทบทวนข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ในอนาคตเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษาก็สามารถตรวจสอบข้อมูลการรักษาแต่ละครั้งได้อย่างรวดเร็วโดยอาศัยเพียง Discharge summary เท่านั้น

นอกจากนั้น Discharge summary ยังเป็นเอกสารสำคัญที่ผู้ให้รหัสโรค (Coder) จะใช้ข้อมูลโรค และการผ่าตัดที่บันทึกไว้ เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้รหัสโรคตามหลักการของ ICD-10 ต่อไป โดย Doctor discharge summary ที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

- มีเลขที่ผู้ป่วย HN, AN และ เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักครบถ้วน
- บันทึกชื่อ นามสกุล เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ครบถ้วนชัดเจน
- บันทึกข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำหนักแรกเกิดในทารกแรกเกิด ประวัติการตั้งครรภ์และการแท้ง ฯลฯ
- ต้องมีวันที่รับไว้รักษา และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งจำนวนวันนอนโรงพยาบาลครบถ้วน
- ช่องรายการที่ไม่มีข้อมูล ต้องใส่เครื่องหมาย – หรือเขียน none แสดงให้เห็นชัดเจนว่าไม่มี ข้อมูล
- แพทย์บันทึกโรคหลัก(Principal diagnosis) เพียงโรคเดียวเท่านั้น
- บันทึกโรคร่วมครบถ้วนทุกโรคที่พบในผู้ป่วย
- บันทึกโรคแทรกครบทุกโรคที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ไม่บันทึกโรคสลับตำแหน่ง เช่น ต้องไม่เขียนโรคแทรกเป็นโรคหลัก
- บันทึกการผ่าตัดครบถ้วนทุกครั้ง
- บันทึกหัตถการที่สำคัญครบถ้วน เช่น การทำ tracheostomy ฯลฯ
- บันทึกรายละเอียดของโรคแต่ละโรคครบทุกแง่มุม ทั้งตำแหน่ง พยาธิสภาพ และสาเหตุของโรค
- ไม่ใช่คำย่อ ในการเขียนชื่อโรค และชื่อการผ่าตัด
- ลายมืออ่านออก ชัดเจน
- สรุปลักษณะการจำหน่าย (discharge status, discharge type)
- แพทย์ที่สรุปลงนามรับรอง

5B.17 แบบฟอร์มการให้ข้อมูลและการขอความยินยอมเพื่อรักษา

หนังสือแสดงความยินยอมให้รักษา ดังตัวอย่างในภาพที่ 5.1 เป็นเอกสารสำคัญที่ต้องมีอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพราะถือเป็นหลักฐานสำคัญแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น เช่น โรคที่ตัวเองเป็น แผนการรักษาที่แพทย์จะดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยินยอม หรือ อนุญาตให้แพทย์ทำการรักษาได้ ทั้งนี้ เป็นที่รับทราบกันโดยทั่วไปว่า หากผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์รักษา ก็หมายความว่าผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อ การรักษาของแพทย์ โดยผลการรักษาที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบต่อตัวเองด้วย ถึงแม้การรักษาอาจจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยก็สามารถยอมรับได้ ตามธรรมเนียม “ฝากผีฝากไข้” ของวัฒนธรรมไทย

แต่เดิม โรงพยาบาลอาจมีเคร่งครัดมากนัก ต่อการดำเนินการให้มีการลงนามในหนังสือยินยอมให้การรักษา แต่ในปัจจุบัน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย และการป้องกันความเสี่ยงอย่างมาก ทำให้การลงนามในหนังสือยินยอมให้การรักษากลายเป็นสิ่งที่ต้องทำในทุกโรงพยาบาล

หลักการที่สำคัญของการลงนามยินยอมให้การรักษา ประกอบด้วยประเด็นหลักดังนี้

- ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร
- แพทย์หรือตัวแทนทีมรักษาได้ให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาโดยละเอียดแล้ว
- ผู้ป่วยได้ซักถามรายละเอียด ประเด็นข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับโรคและการรักษา จนหมดข้อสงสัยแล้ว

- ผู้ป่วยยินยอมให้การรักษา บนพื้นฐานที่ว่า หากแพทย์ได้ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะยอมรับผลของการรักษาได้ทุกรูปแบบ
- การให้ความยินยอม จะไม่คุ้มครองแพทย์ และผู้ป่วยจะไม่เสียสิทธิในการขอชดเชยความเสียหาย หากแพทย์ หรือทีมผู้รักษา ทำการรักษาโดยประมาท ขาดความระมัดระวัง โดยทั่วไป การลงนามยินยอมให้การรักษา มักเกิดขึ้นในห้วงเวลาต่างๆดังนี้

- เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน(รวมการผ่าตัดรักษา)
- เมื่อมีการทำผ่าตัดเพิ่มเติมนอกเหนือแผนการรักษาเดิม หลังจากผู้ป่วยนอนในรพ.แล้ว
- เมื่อมีการทำหัตถการเพิ่มเติมนอกเหนือแผนการรักษาเดิม หลังจากผู้ป่วยนอนในรพ.แล้ว
- เมื่อมีการทำหัตถการในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก

การดำเนินการให้มีการลงนามยินยอม มักกระทำกันในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก หรือในตึกผู้ป่วย โดยผู้ดำเนินการหลักส่วนใหญ่คือ พยาบาล โดยกระบวนการดำเนินการจะมีลำดับขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

- แพทย์ พยาบาล หรือตัวแทนทีมผู้รักษา ให้ข้อมูลโรคและแผนการรักษา
- ผู้ป่วยซักถามจนหมดข้อสงสัย
- ผู้ป่วยลงนามในเอกสาร ในช่อง ผู้ป่วย(ผู้ให้ความยินยอม)
- แพทย์หรือตัวแทนทีมผู้รักษาลงนามในเอกสาร ในช่องผู้รักษา(ผู้รับมอบความยินยอม)
- พยาบาล ลงนามในช่องพยาน(ฝ่ายแพทย์)
- ญาติผู้ป่วย หรือ บุคคลที่มีใจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ลงนามในช่องพยาน(ฝ่ายผู้ป่วย)

การดำเนินการขั้นตอนดังกล่าว มิจำเป็นจะต้องเกิดขึ้นในห้วงเวลาเดียวกัน เช่น แพทย์อาจให้ข้อมูลโรคและแผนการรักษาในห้องตรวจโรคและผู้ป่วยซักถามจนหมดข้อสงสัยแล้ว แพทย์อาจนัดให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาอีก 2-3 วันต่อมา เมื่อผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลจึงลงนามในเอกสาร หลังจากนั้น แพทย์ และ พยานทั้งสองฝ่าย จึงลงนามในห้วงเวลาต่อไป อย่างไรก็ตาม การลงนามในเอกสารทั้งหมด ควรเกิดขึ้นก่อน Discharge

(ตัวอย่าง) หนังสืออนุญาตของผู้ป่วย

โรงพยาบาล

ข้าพเจ้า นางสาว/นาง/นาย.....ซึ่ง
เป็น [] ผู้ป่วย หรือ [] เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ.....ของนางสาว/นาง/
นาย..... ได้รับการอธิบาย ตอบข้อซักถาม โดย นพ. / พญ. / ทพ. /
ทญ.....ผู้มีหนังสืออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ ประกอบโรค
ศิลป์ เลขที่..... ในฐานะตัวแทนคณะแพทย์ที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วย ภายใต้ขอบเขต
ของแพทย์แผนปัจจุบัน เกี่ยวกับเรื่อง โรค สถานะของโรค การวินิจฉัย การตรวจรักษา โดยการใช้ยา
การผ่าตัด การระงับความรู้สึก หรือวิธีการอื่น ๆ ผลของการรักษาตามวิธีการเหล่านั้น และกระบวนการ
จัดการเรียนการสอนของแพทยศาสตร์ หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลอันไม่เป็นที่พึง
พอใจ และโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากวิธีการรักษานั้น ๆ ตลอดถึงอาการและผลอัน
อาจเกิดขึ้นกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา หรือตรวจวินิจฉัยตามคำอธิบายดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบ
ว่ามีสิทธิที่จะเลือกไม่ได้รับการรักษาก็ได้ ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยซึ่งปรากฏอยู่ด้านหลังของหนังสือฉบับนี้

ข้าพเจ้า ยืนยันว่า

1. [] อนุญาต [] ไม่อนุญาต ให้คณะแพทย์ทำการดูแล ตรวจและรักษา แก่ข้าพเจ้า / ผู้ป่วยของ
ข้าพเจ้า

2. [] อนุญาต [] ไม่อนุญาต ให้คณะแพทย์ทำการ
ผ่าตัด..... แก่ข้าพเจ้า / ผู้ป่วยของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าทราบว่าคณะแพทย์ได้ตั้งใจทำการตรวจรักษา/ ผ่าตัด ผู้ป่วย ตามมาตรฐานทางการแพทย์แผน
ปัจจุบัน ซึ่ง เป็นการกระทำโดยใช้ความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่กล่าวโทษใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้าพเจ้า
ทราบดีอยู่แล้วว่า แพทย์ / คณะแพทย์ ไม่สามารถรับประกันผลการรักษาได้ เพราะการรักษาพยาบาลนั้น

ยังมีข้อจำกัดอื่น ๆ อยู่อีกมาก จึงได้ลงนามไว้เป็นหลักฐาน เพื่อแพทย์ และ/หรือ คณะแพทย์ จะได้ให้การดูแล ตรวจรักษาแก่ข้าพเจ้า/ ผู้ป่วยของข้าพเจ้าต่อไป

ลงนามผู้อนุญาต..... ลงนามพยานฝ่ายผู้ป่วย.....
(.....) (.....)

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

ลงนามแพทย์ ลงนามพยานฝ่ายแพทย์.....
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ภาพที่ 5.1 ตัวอย่างหนังสืออนุญาตของผู้ป่วยให้แพทย์ทำการตรวจรักษา/ผ่าตัด

การประเมินคุณภาพ Informed Consent

เป็นการประเมิน 2 ด้าน คือ เนื้อหาในแบบฟอร์มเอกสาร และการบันทึกข้อมูลรวมถึงการลงนามในเอกสาร โดย Informed consent ที่มีคุณภาพดี ควรมีลักษณะดังนี้คือ

- มีข้อความแสดงว่า ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาโดยละเอียด
- มีข้อความแสดงว่า ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆแล้ว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไม่ได้รับการรักษาก็ได้
- มีข้อความแสดงว่า ได้ให้ความยินยอมต่อแพทย์/ตัวแทนทีมแพทย์ ชื่ออะไร เลขที่ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่เท่าไร
- มีการลงนามครบทุกฝ่าย
- มีการเขียนชื่อ-นามสกุลเต็มของทุกฝ่ายอย่างชัดเจน อ่านออกได้ง่าย

5B.18 บันทึกอื่นๆ เช่น บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

บันทึกการระงับความรู้สึก เป็นเอกสารที่กำหนดรูปแบบไว้ชัดเจน โดยผู้มีหน้าที่บันทึกคือ วิสัญญีพยาบาล และ วิสัญญีแพทย์

การรับรู้ความรู้สึกที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีการประเมินสถานะของผู้ป่วย เช่น Class 1,2,3,4,5 เป็น emergency หรือไม่
- บันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกช่องรายการ
- ระบุรายละเอียดเทคนิค การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ยาที่ใช้
- สรุปเวลาการผ่าตัด, Intake/output และ Estimate blood loss ครบถ้วน

บทที่ 6. การให้รหัสมาตรฐาน (Standard Coding)

การให้รหัสมาตรฐาน เป็นขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลขั้นตอนหนึ่ง โดยขั้นตอนนี้อยู่ระหว่าง การบันทึกข้อมูล และ การส่งออกข้อมูลไปสู่หน่วยงานภายนอก โดยก่อนการส่งออกข้อมูลจากสถานพยาบาลไปสู่หน่วยงานภายนอกนั้น ข้อมูลบางอย่างต้องการการเข้ารหัสเป็นรหัสมาตรฐาน เนื่องจากปลายทางที่รับข้อมูลต้องการรับข้อมูลเป็นรหัสมาตรฐาน ไม่ต้องการรับข้อมูลเป็นข้อความ เช่น กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ต้องการรับข้อมูลรหัสกลุ่มโรค (International Classification of Diseases – ICD) ไม่ต้องการรับชื่อโรคของผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องการรับรหัสสัญญาติ รหัสสถานภาพสมรส ไม่ต้องการรับข้อความบรรยายสัญญาติ หรือสถานภาพสมรสของผู้ป่วยเป็นต้น

การให้รหัสมาตรฐาน หรือขั้นตอนการเปลี่ยนข้อความให้กลายเป็นรหัส จึงเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลที่ต้องดำเนินการให้ข้อมูลที่ส่งออกมีรหัสมาตรฐานตามข้อกำหนดของผู้ที่รับข้อมูล การให้รหัสมาตรฐานส่วนใหญ่ สามารถดำเนินการได้โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์เป็นตัวช่วยให้รหัส แต่มีรหัสบางอย่างที่เราไม่สามารถใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการให้รหัสได้ เนื่องจากระบบรหัสสลับซับซ้อนเกินกว่าจะใช้คอมพิวเตอร์เข้ารหัส กรณีนั้น ก็ต้องมีบุคลากรที่ฝึกอบรมเป็นอย่างดีแล้วมาทำหน้าที่ให้รหัสนั้น เราสามารถแบ่งการให้รหัสมาตรฐานในสถานพยาบาลได้เป็น 2 แบบ คือ 1. การให้รหัสมาตรฐานโดยบุคลากร และ 2. การให้รหัสมาตรฐานโดยระบบคอมพิวเตอร์

6A. การให้รหัสมาตรฐานโดยบุคลากร

รหัส ICD หรือรหัสกลุ่มโรค เป็นรหัสที่ไม่สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยค้นหารหัสได้ (วรเวช) เพราะรหัส ICD ไม่เหมือนรหัสไปรษณีย์ หรือ รหัสทั่วไป ที่สามารถกำหนดรหัสจากข้อความที่แตกต่างกันได้ การให้รหัส ICD จึงต้องดำเนินการโดยมนุษย์เท่านั้น หากฝืนธรรมชาตินี้โดยการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์เทียบชื่อโรคกับรหัสและให้รหัสโดยคอมพิวเตอร์ จะทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้รหัสในอัตราความผิดพลาดที่สูงได้

รหัส ICD-10 และ ICD-10-TM เป็นรหัสที่ไม่เหมาะสมจะนำไปใช้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล นอกจากผู้ใช้โปรแกรมจะเข้าใจข้อจำกัด และข้อควรระวังให้ดีเสียก่อนจึงจะนำไปใช้ได้ โดยต้องระมัดระวังว่าข้อมูลอาจผิดพลาดได้ทุกเวลา สาเหตุเพราะฐานข้อมูล ICD ในคอมพิวเตอร์มีใช้เครื่องมือมาตรฐานในการให้รหัสโรค

ในปัจจุบัน เครื่องมือมาตรฐานในการให้รหัสโรคที่สมบูรณ์มากที่สุด (Gold standard) คือ หนังสือ ICD-10 ครบชุดทั้ง 3 เล่ม หรือ หนังสือ ICD-10-TM ทั้ง 5 เล่ม โดยองค์การอนามัยโลกก็ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้หนังสือ ICD-10 ครบทั้งชุด โดยมีให้แยกใช้เพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง

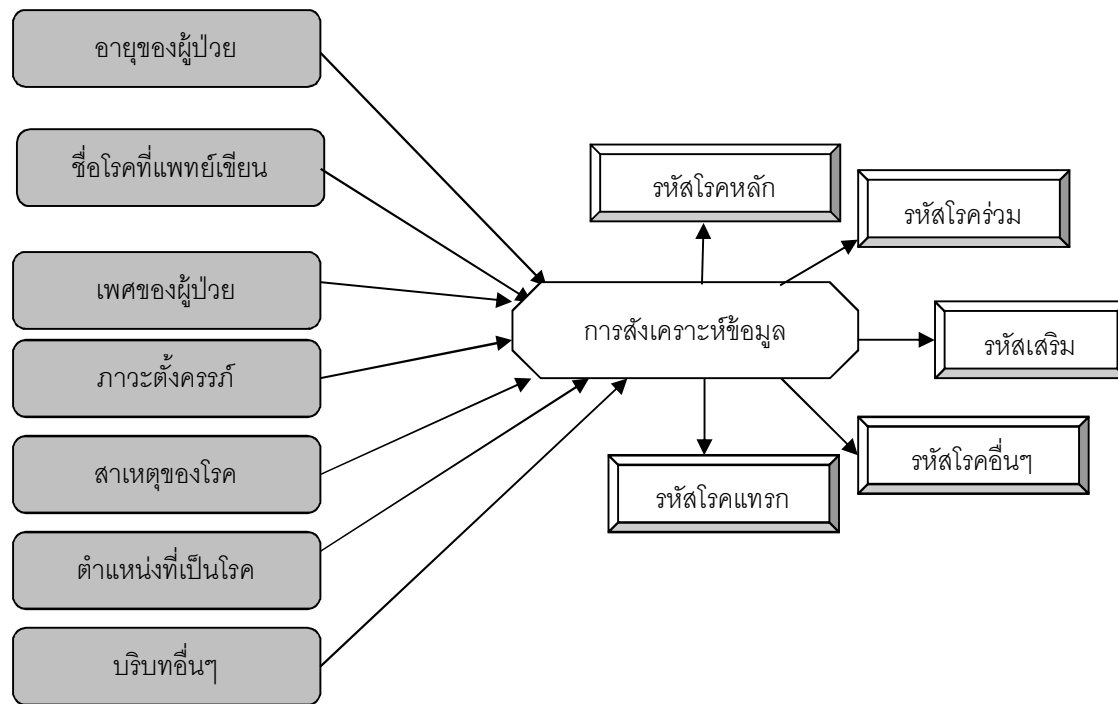
อย่างไรก็ตาม การให้รหัสโรค ICD-10 ที่ดำเนินการในประเทศไทยในช่วงแรกเริ่ม พบว่า มีการให้รหัสโรคโดยมิได้ใช้หนังสือของ ICD-10 ครบชุด เนื่องจากความเข้าใจผิดเรื่องรหัส หรือความไม่เข้าใจในเรื่องวิธีปฏิบัติมาตรฐานในการให้รหัสโรค ทำให้งานสำรวจวิธีการให้รหัสโรคในประเทศไทย พบว่า บางโรงพยาบาลไม่มีหนังสือ ICD-10 หรือใช้หนังสือ ICD-10 เพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง

การใช้หนังสือ ICD-10 เพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง จะทำให้ความถูกต้องในการให้รหัสลดต่ำลงอย่างมาก เช่น หากใช้หนังสือดรรชนีเพียงอย่างเดียว จะทำให้ได้รหัสไม่ครบทุกตัวอักษร หรือได้รหัสที่ไม่เหมาะสมกับกรณีของผู้ป่วย หรือหากใช้หนังสือรายการรหัสโรค (เล่มที่ 1 ของ ICD-10) เพียงเล่มเดียวโดยไม่มีดรรชนี ก็จะทำให้ค้นหารหัสที่เหมาะสมไม่พบ และผู้ใช้อาจตัดสินใจเลือกรหัสผิดไป

การไม่ใช้หนังสือ ICD-10 ในการลงรหัสยังทำให้เกิดความผิดพลาดมากขึ้นไปอีก ในอดีตบางโรงพยาบาลใช้สมุดจดรายการโรคที่พบบ่อยๆ เทียบกับรหัส ICD-10 เป็นเครื่องมือหลักในการให้รหัส แล้วเปิดหารหัสจากสมุดเล่มนี้แทน ดังตัวอย่างการจดโรคเทียบกับรหัส ICD-10 ในหน้าต่อไป

การใช้สมุดจดรหัสดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการค้นหารหัสโรคนอกจากจะถือได้ว่าเป็นการละเมิดมาตรฐานการทำงานแล้ว ยังทำให้เกิดความผิดพลาดเป็นปริมาณมาก โดยผู้ใช้ไม่รู้สึกรู้สีกตัวอีกด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากตรรกะของ ICD-10 ไม่เอื้ออำนวยให้สามารถกำหนดชื่อโรคเทียบกับรหัสใดรหัสหนึ่งตามรูปแบบดังกล่าวนี้ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตรรกะที่สำคัญที่สุดของรหัส ICD-10 คือเป็นรหัสที่มีได้ยึดคำเรียกชื่อโรคเป็นหลักในการกำหนดรหัส คำที่แพทย์ใช้ในการเรียกชื่อโรค เป็นเพียงส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่ผู้ให้รหัสโรคใช้ในการลงรหัสให้ถูกต้อง โดยส่วนประกอบอื่นๆ ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าชื่อโรค ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะตั้งครรภ์ สาเหตุของโรค ตำแหน่งที่เป็นโรค และ บริบทอื่นๆ ดังภาพที่ 6.1 นี้



ภาพที่ 6.1 องค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณาให้รหัสโรค

ส่วนประกอบต่างๆ เหล่านี้ มีความสำคัญไม่เท่ากันในการให้รหัสผู้ป่วยแต่ละชนิด เช่น ตำแหน่งที่เป็นโรคจะสำคัญในกรณี ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และบาดเจ็บ, สาเหตุของโรคจะสำคัญในกรณี โรคติดเชื้อ และบาดเจ็บ หรือ อายุของผู้ป่วยจะสำคัญในกรณี ผู้ป่วยเป็นเด็กทารก ฯลฯ

การให้รหัสโรคที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จึงจะไม่ใช้คำที่แพทย์ใช้เรียกชื่อโรคเป็นหลักเท่านั้น แต่ผู้ให้รหัสจะต้องตรวจสอบข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นด้วยเช่น แพทย์วินิจฉัยโรคว่า Hemorrhoid ซึ่งถ้าให้รหัสจากคำนี้โดยไม่ตรวจสอบข้อมูลอื่นๆ จะได้รหัสเป็น I84.9 Hemorrhoid unspecified แต่ถ้าผู้ให้รหัสตรวจสอบพบว่า ผู้ป่วยเป็นหญิงตั้งครรภ์ ก็จะเลือกรหัสเป็น O22.4 Hemorrhoid in pregnancy แทน หรือกรณี แพทย์วินิจฉัยโรคว่า Bronchitis ซึ่งถ้าให้รหัสจากคำนี้โดยไม่ตรวจสอบข้อมูลอื่นๆ จะได้รหัสเป็น J40 Bronchitis, unspecified แต่ถ้าผู้ให้รหัสตรวจสอบพบว่า ผู้ป่วยเป็นเด็กอายุ 10 ปี ก็จะเลือกรหัสเป็น J20.9 Acute bronchitis, unspecified เช่นนี้ เป็นต้น

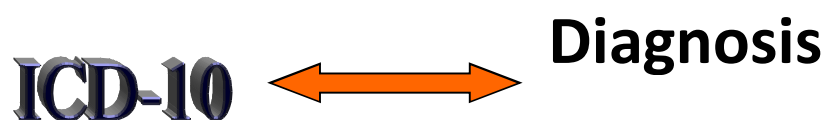
ความรู้เรื่องการจัดหมวดหมู่โรคใน ICD-10 เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ให้รหัสสามารถให้รหัสได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างรหัส ICD-10 กับชื่อโรค

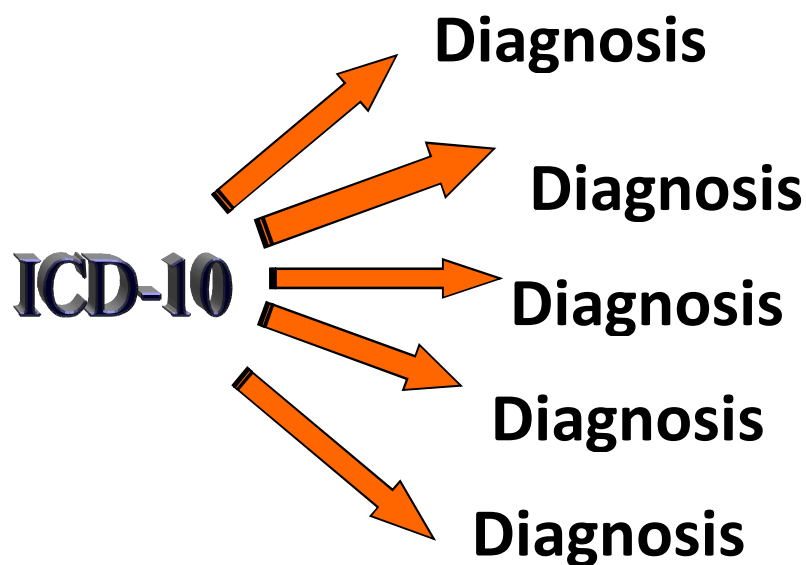
รหัส ICD-10 แต่ละรหัส มีความสัมพันธ์กับชื่อโรคแต่ละชื่อ ได้ 2 แบบดังนี้คือ

1. รหัส ICD-10 รหัสนั้น ตรงกับชื่อโรคเพียงชื่อเดียว พบน้อย
2. รหัส ICD-10 รหัส นั้น ตรงกับชื่อโรคหลายชื่อ พบบ่อยกว่า

แบบที่ 1 รหัส ICD-10 ตรงกับชื่อโรคเพียงชื่อเดียว



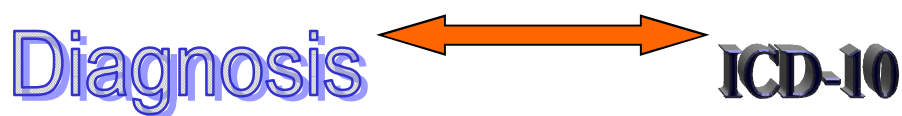
แบบที่ 2 รหัส ICD-10 ตรงกับชื่อโรคหลายโรค



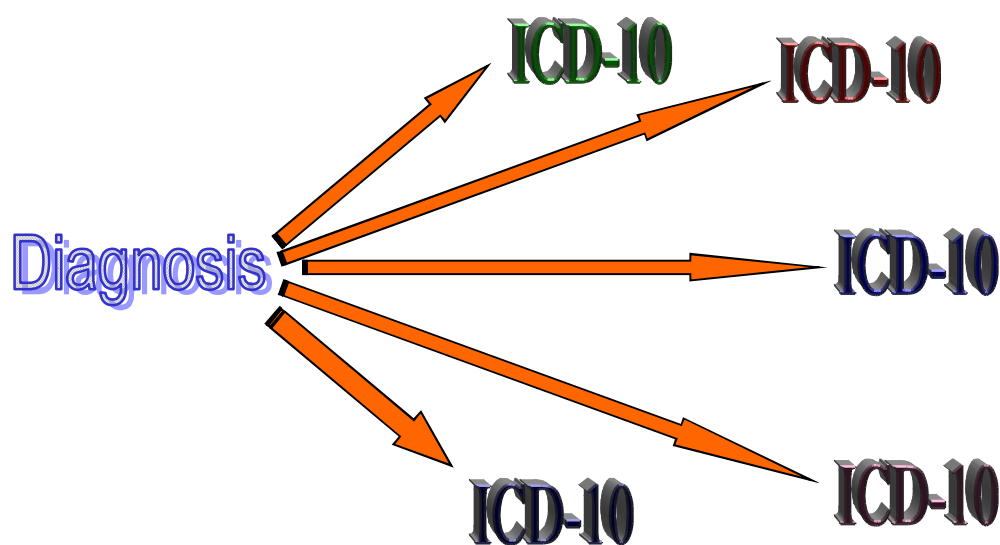
ในทำนองกลับกัน ชื่อโรคแต่ละชื่อ ก็มีความสัมพันธ์กับรหัส ICD-10 ได้สองแบบ ดังนี้ คือ

1. ชื่อโรคชื่อหนึ่ง ตรงกับรหัส ICD-10 เพียงรหัสเดียว พบน้อย
2. ชื่อโรคชื่อหนึ่ง ตรงกับรหัส ICD-10 ได้หลายรหัส พบบ่อยกว่า

แบบที่ 1 ชื่อโรคชื่อหนึ่ง ตรงกับรหัส ICD-10 เพียงรหัสเดียว



แบบที่ 2 ชื่อโรคชื่อหนึ่ง ตรงกับรหัส ICD-10 ได้หลายรหัส



การที่ชื่อโรคแต่ละชื่อมีรหัสได้หลายรหัส เป็นเพราะว่า บริบทของ ICD-10 ไม่ได้กำหนดรหัสจากคำวินิจฉัยโรคของแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ใช้ภาวะอื่นๆของผู้ป่วย (อายุ เพศ หญิงตั้งครรภ์) และ รายละเอียดลักษณะอื่นๆ ของโรคมาร่วมกำหนดรหัสด้วย ตัวอย่างเช่น คำว่า Fracture Clavicle เพียงคำเดียว อาจเข้ารหัสเป็นรหัส ICD-10 ได้ 3 รหัส ขึ้นอยู่กับบริบทของการใช้คำนั้นๆ ดังนี้

คำว่า Fracture Clavicle

หากพบในเด็กทารกแรกเกิด	ให้รหัสเป็น P13.4
หากพบเพียงโรคเดียวในบุคคลทั่วไป	ให้รหัสเป็น S42.0
หากพบเป็นโรคร่วมกับภาวะกระดูกบริเวณหัวไหล่หัก	ให้รหัสเป็น S42.7

ดังนั้น ข้อควรระวังในการใช้รหัส ICD-10 ที่สำคัญที่สุด คือ อย่าคิดว่า ชื่อโรคชื่อใดชื่อหนึ่ง ตรงกับรหัสโรครหัสเดียวเสมอ และห้ามใช้เครื่องมือค้นหารหัสโรคที่ออกแบบในลักษณะดังกล่าว เช่น

1. ห้ามใช้สมุดจดชื่อโรคที่พบบ่อย ในลักษณะที่บอกว่า โรคใดตรงกับรหัสใด

2. ห้ามใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่ตั้งไว้ว่า โรคใดตรงกับรหัสใด เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์หลายโปรแกรม ให้ผู้ใช้พิมพ์คำว่า Fracture Clavicle เข้าไป แล้ว ให้รหัสออกมาเป็น S42.0 ก็จะทำการรหัสผิดในกรณี เด็กทารกแรกเกิด หรือ กรณีเป็นโรคที่พบร่วมกับภาวะกระดูกบริเวณหัวไหล่หัก

ขั้นตอนการให้รหัส ICD ที่ถูกต้องจึงต้องดำเนินการให้รหัสจากหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดยมีขั้นตอนมาตรฐานรวม 6 ขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบโรคที่ปรากฏในใบสรุปการรักษาให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
2. เปลี่ยนคำย่อทุกคำให้เป็นคำเต็ม
3. เลือกคำหลักของโรคทั้งหมด
4. ใช้คำหลักเปิดหารหัส ICD-10 จากดรรชนี
5. ตรวจสอบรายละเอียดจากหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 1 แล้วเลือกรหัสที่เหมาะสม
6. กำหนดรหัสโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และโรคอื่นๆ

6A.1 การตรวจสอบโรคที่ปรากฏในใบสรุปการรักษากับข้อมูลในเวชระเบียน

ทำโดยการอ่านใบสรุปการรักษา อ่านข้อมูลทั้งหมดในเวชระเบียน แล้วพิจารณาว่าข้อมูลสอดคล้องกันหรือไม่ บางครั้ง อาจพบว่า แพทย์สรุปการรักษาไม่ครบถ้วน หรือ มีรายละเอียดไม่สอดคล้องกับในเวชระเบียน ทำให้ผู้ให้รหัส อาจต้องนำข้อมูลในเวชระเบียน มาเพิ่มเติมรหัส หรือให้รหัสได้ละเอียดขึ้น

ข้อมูลที่มีคุณค่าและมีน้ำหนักเท่ากับใบสรุปการรักษา ที่ทำให้สามารถให้รหัสโรคเพิ่มเติมหรือลงรหัสละเอียดมากขึ้น ได้แก่ ข้อมูลจากแพทย์คนอื่น เช่น ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ใบบันทึกความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่มาช่วยดูแลผู้ป่วย ฯลฯ

บางครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจบ่งชี้ให้เห็นลักษณะโรคแทรกซ้อนบางอย่างที่แพทย์มองข้ามไป เช่น ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ พบว่า มีเชื้อ *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* แต่แพทย์มิได้สรุปโรค Pneumonia เอาไว้ หรือผลการตรวจปัสสาวะ พบว่าขึ้น เชื้อ *Escherichiae coli* ปริมาณมากกว่า 10^5 colony/ml แต่แพทย์ไม่ระบุโรค Urinary Tract Infection เหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์บันทึกโรคแทรกเพิ่มเติม ก่อนให้รหัสโรคแทรก Pneumonia หรือ Urinary Tract Infection หรือไม่

การเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน ต้องเป็นข้อมูลที่มีการบันทึกไว้อย่างชัดเจนแล้วเท่านั้น ห้ามทำการตีความ หรือวินิจฉัยโรคใหม่โดยไม่มีข้อมูลเพียงพอ

6A.2 การเปลี่ยนคำย่อให้เป็นคำเต็ม

ในหนังสือ ICD-10 ทั้งเล่มที่ 1 และเล่มที่ 3 มีคำย่อไม่มากนัก หากตรวจสอบจากหนังสือดรรชนีแล้วไม่พบคำย่อนั้นๆ ต้องสอบถามจากแพทย์ผู้ใช้คำย่อว่า คำเต็มของชื่อโรคนั้นคือคำว่าอะไร หรืออาจทำความเข้าใจความตกลงกับแพทย์ว่า ขอให้ใช้คำเต็มในการวินิจฉัยโรคหรือ เรียกการผ่าตัด เพื่อลดความผิดพลาดในการแปลงคำเต็ม

ตัวอย่างการเปลี่ยนคำย่อให้เป็นคำเต็ม

คำว่า DM	เปลี่ยนเป็น	Diabetes Mellitus
คำว่า HT	เปลี่ยนเป็น	Hypertension
คำว่า CVA	เปลี่ยนเป็น	Cerebrovascular Accident

บางครั้ง พบคำย่อที่ไม่มาตรฐาน หรือคำย่อที่มีคำเต็มซ้ำกันหลายคำ กรณีนี้ ต้องสอบถามแพทย์ผู้ใช้คำย่อ เพื่อลดความผิดพลาดในการลงรหัส ตัวอย่างเช่น

คำย่อว่า MI	ควรเปลี่ยนเป็น Myocardial Infarction? หรือ Mitral Insufficiency
คำย่อว่า ET	ควรเปลี่ยนเป็น Esotropia? หรือ Essential Thrombocytopenia?
คำย่อว่า CHF	ควรเปลี่ยนเป็น Congestive Heart Failure? หรือ Chronic Hepatic Fibrosis?

6A.3 เลือกคำหลักของโรคทั้งหมด

การเลือกคำหลัก คือ การเลือกคำที่สำคัญที่สุด มาใช้เป็นคำแรกทีนำมาเปิดตารางหาค่า โดยทั่วไป การเรียกชื่อโรคในทางการแพทย์มักใช้คำประกอบกันหลายๆคำ ตัวอย่างเช่น

❖ Diabetes Mellitus ใช้คำ 2 คำ

- ❖ Chronic Obstructive Pulmonary Disease ใช้คำ 4 คำ
- ❖ Congestive Heart Failure ใช้คำ 3 คำ

แต่คำหลักในแต่ละโรคมักมีเพียงคำเดียว เป็นคำที่บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร เช่น

- ❖ Diabetes Mellitus คำหลักคือคำว่า Diabetes
- ❖ Chronic Obstructive Pulmonary Disease คำหลักคือคำว่า Disease
- ❖ Congestive Heart Failure คำหลักคือคำว่า Failure

6A.4 การใช้คำหลักค้นหาโรคในดรชนี

เมื่อผู้ใช้ ICD เลือกคำหลักได้แล้ว ต้องใช้คำหลักมาค้นหาโรค ทำโดย เปิดหนังสือดรชนีค้นหาโรค หรือหนังสือเล่มที่ 3 (Volume 3) ของ ICD-10

ในหนังสือดรชนีโรคของ ICD-10 จะเรียงคำหลักต่างๆตามลำดับอักษรภาษาอังกฤษใน พจนานุกรม ตั้งแต่ A-Z หลักการค้นหาโรสดังกล่าว จึงใช้หลักการเดียวกับการค้นหาคำศัพท์ในพจนานุกรม

6A.5 ตรวจสอบรายละเอียดจากหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 1 แล้วเลือกรหัสที่เหมาะสม

ขั้นตอนนี้ คือการตรวจสอบคำอธิบายรหัส คำอธิบายกลุ่มรหัส คำอธิบายต้นหมวดและต้นบท เพื่อให้แน่ใจว่า รหัสโรคที่ได้จากการเปิดดรชนี เป็นรหัสที่เหมาะสมตรงกับโรคที่พบในผู้ป่วยจริงๆ และอาจต้อง ค้นหาห้อยท้ายที่อยู่ในหนังสือเล่มที่ 1 จะใส่ปิดท้ายรหัสที่หามาได้จากหนังสือดรชนี

ขั้นตอนนี้ ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ เพราะเป็นขั้นตอนที่ผู้ใช้ ICD-10 ต้องตรวจสอบ บริบทอื่นๆนอกเหนือจากคำวินิจฉัยโรค เพื่อนำข้อมูลอื่นๆเหล่านี้ มาประกอบการตัดสินใจเลือกรหัสที่ถูกต้องต่อไป หากละเลยขั้นตอนนี้ อาจทำให้เกิดความผิดพลาดอย่างร้ายแรงในการให้รหัส

6A.6 กำหนดรหัสโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และโรคอื่นๆ

ขั้นต้นสุดท้าย ของการใช้รหัส ICD-10 เป็นขั้นตอนการเลือกรหัสโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และโรคอื่นๆ ตามคำจำกัดความ

คำจำกัดความประเภทของโรคต่างๆในผู้ป่วยนอก

โรคที่พบในผู้ป่วยนอก จำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1. โรคหรือภาวะหลัก (Main Condition) 2. โรคหรือภาวะอื่นๆ (Other Conditions) และ 3. สาเหตุของการบาดเจ็บ (External Causes of Injuries)

6A6.1 โรคหลัก ของผู้ป่วยนอก

โรคหลัก (Main Condition) ของผู้ป่วยนอก หมายถึง โรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาได้รับการรักษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้รักษามันได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น โดยหากโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาได้รับการรักษามีพร้อมกันหลายโรค ผู้รักษาต้องเลือกโรคที่มีอาการรุนแรงที่สุดเป็นโรคหลัก หากวินิจฉัยโรคไม่ได้ และรักษาไปตามอาการ สามารถบันทึกอาการเป็นโรคหลักได้ สำหรับกรณีผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ให้ระบุรายละเอียดการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นโรคหลักได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วย เป็น ไข้ เจ็บคอ ตรวจพบน้ำมูก คอแดง วินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัด ให้การรักษาแบบไข้หวัด รายนี้ โรคหลัก คือ **โรคหวัด**

ผู้ป่วย มีอาการ เจ็บคอ ตรวจพบว่าไม่มีไข้ แต่คอแดง ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรแน่ ให้การรักษาตามอาการ รายนี้ โรคหลัก คือ **เจ็บคอ**

ผู้มารับบริการสบายดี มารับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด โรคหลัก คือ **รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด**

6A6.2 โรคอื่นๆ ของผู้ป่วยนอก

โรคอื่นๆ (Other Conditions) ของผู้ป่วยนอก หมายถึง โรคที่มีไข้โรคหลัก อันเกิดขึ้นอยู่ในตัวผู้ป่วยแล้วในวันที่มารักษาโรคหลัก ได้แก่ โรคประจำตัวของผู้ป่วย แผลถลอกที่เกิดร่วมกับโรคหลักคือข้อเท้าแพลง เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วย เป็น ไข้ เจ็บคอ ตรวจพบน้ำมูก คอแดง วินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัด มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้การรักษาแบบไข้หวัด รายนี้ โรคหลัก คือ **โรคหวัด** โรคอื่นๆ คือ **เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง**

ผู้ป่วย มีอาการปวดหลัง ตรวจพบว่ากดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างเล็กน้อย มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรแน่ ให้การรักษาตามอาการ รายนี้ โรคหลัก คือ **ปวดหลัง** โรคอื่นๆ คือ **เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง**

ผู้ป่วย ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง รู้สึกข้อเท้าแพลง มีแผลถลอกที่แขนซ้าย และ เข่าซ้าย มาปฐมพยาบาลและทำแผลที่ รพ.สต. รายนี้โรคหลัก คือ **ข้อเท้าแพลง** โรคอื่นๆ คือ **แผลถลอกที่แขนซ้าย และ แผลถลอกที่เข่าซ้าย**

ผู้มารับบริการสบายดี มารับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน โรคหลัก คือ **รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด** โรคอื่นๆ คือ **เบาหวาน**

6A6.3 สาเหตุการบาดเจ็บของผู้ป่วยนอก

สาเหตุการบาดเจ็บ (External Causes of Injuries) ของผู้ป่วยนอก หมายถึง ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ทำให้ต้องมาได้รับการรักษาบาดแผลหรือการบาดเจ็บในครั้งนี้ บันทึกเพียงครั้งแรกในวันที่เริ่มมา รักษาการบาดเจ็บเท่านั้น ห้ามบันทึกสาเหตุการบาดเจ็บเป็นโรคหลัก เช่น ผู้ป่วยโดนสุนัขกัดมีแผลที่น่องขา ห้ามบันทึกโรคหลักเป็น สุนัขกัด ตัวอย่างการบันทึกสาเหตุการบาดเจ็บ ได้แก่

ผู้ป่วย ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง รู้สึกข้อเท้าแพลง มีแผลถลอกที่แขนซ้าย และ เข่าซ้าย มาปฐมพยาบาลและทำแผลที่ รพ.สต. รายนี้โรคหลัก คือ **ข้อเท้าแพลง** โรคอื่นๆ คือ **แผลถลอกที่แขนซ้าย และ แผลถลอกที่เข่าซ้าย** สาเหตุการบาดเจ็บคือ **ขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง**

ผู้ป่วยคนดังกล่าว มารับบริการล้างแผลอีกครั้งในวันที่ 3 หลังรถจักรยานยนต์ล้ม ครั้งนี้ โรคหลัก คือ **บริการทำแผล** ไม่ต้องบันทึก สาเหตุการบาดเจ็บ

ผู้มารับบริการสบายดี เคยโดนสังกะสีบาดต้องรักษาโดยการเย็บแผลเมื่อ 3 เดือนก่อน วันนี้สบายดี มารับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน โรคหลัก คือ **รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มที่ 2 ตามนัด** โรคอื่นๆ คือ **เบาหวาน** ไม่ต้องบันทึกสาเหตุการบาดเจ็บ

คำจำกัดความประเภทของโรคต่างๆของผู้ป่วยใน

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้กำหนดคำจำกัดความประเภทของโรคต่างๆ ที่ใช้ในระบบข้อมูลข่าวสารของสุขภาพของประเทศไทย ในหนังสือ ICD-10-TM (ICD-10-Thai Modification)¹ เล่มที่ 5 Standard coding guidelines ดังนี้

GN001 PRINCIPAL DIAGNOSIS (การวินิจฉัยหลัก)

การวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis หรือ main condition) มีคำจำกัดความตามหนังสือ ICD-10 ว่า “The condition, diagnosed at the end of the episode of health care, primarily responsible for the patient’s need for treatment or investigation. If there is more than one such condition, the one held most responsible for the greatest use of resources should be selected. If no diagnosis was made, the main symptom, abnormal finding or problem should be selected as the main condition”

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความ ได้แก่

1. การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น แพทย์ผู้บันทึกต้องเขียนคำวินิจฉัยโรคไว้เพียงโรคเดียว
2. การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (final diagnosis) ซึ่งจะเป็นคำวินิจฉัยโรคที่ละเอียดชัดเจนมากที่สุด ดังนั้นการวินิจฉัยหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยเมื่อแรกรับ (admitting หรือ provisional diagnosis)
3. ในกรณีของผู้ป่วยใน โรคที่บันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ถึงแม้โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลังจะทำให้สูญเสียทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า แพทย์ก็มิอาจเลือกโรคแทรกมาบันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักได้
4. ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นพร้อมๆกันตั้งแต่อ่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก หากรักษาหลายโรคพร้อมๆกัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก หากโรคที่รักษาพร้อมๆกันหลายโรคมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

¹ ICD-10-TM(ICD-10-Thai modification) คือระบบรหัส ICD ที่ถูกดัดแปลงเพิ่มเติมโรคต่างๆที่พบบ่อยในประเทศไทย ประกอบด้วยหนังสือ 5 เล่ม คือ 1.Tabular list of diseases 2.Alphabetical indexes to diseases 3. Procedure codes 4.Index to procedures 5.Standard coding guidelines

5. ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยโรคให้แน่ชัดไม่ได้จนสิ้นสุดการรักษาแล้ว (ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยเองโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือผู้ป่วยเสียชีวิตโดยยังวินิจฉัยโรคไม่ได้ หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น) ให้แพทย์บันทึกอาการ (symptom) หรือ อาการแสดง (sign) หรือ กลุ่มอาการ (syndrome) ที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

GN002 COMORBIDITY (การวินิจฉัยร่วม)

โรคที่เป็น การวินิจฉัยร่วม (comorbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความของโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม ได้แก่

1. เป็นโรคที่พบร่วมกับการวินิจฉัยหลัก หมายความว่า เกิดขึ้นก่อน หรือ พร้อมๆ กับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง
2. เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม
3. แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยร่วมได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุดที่จะบันทึกได้

โรคที่มักเป็นการวินิจฉัยร่วม ได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคประจำตัวผู้ป่วย เช่น systemic lupus erythematosus, old cerebrovascular accident ฯลฯ ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายตำแหน่ง มักมีบาดแผลต่างๆที่มีความรุนแรงน้อยกว่าบาดแผลหลักเป็นโรคร่วมอยู่เสมอ

การให้รหัสโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมทุกรหัส ต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแล หรือร่วมกันรักษาเป็นหลักฐานรับรองการบันทึกรหัสเสมอ ผู้ให้รหัสไม่สามารถนำเอาผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นใดที่มีใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มาตีความเป็นการวินิจฉัยร่วม

เองโดยพลการ ถ้าหากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมอื่นใดที่แพทย์สืบบันทึก ผู้ให้รหัส อาจส่งเวชระเบียนให้แพทย์พิจารณาทบทวนวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมได้ก่อนให้รหัส

GN003 COMPLICATION (โรคแทรก)

โรคแทรก (complication) คือ โรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้น หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมามากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งนี้

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความของโรคแทรก ได้แก่

1. เป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ไม่เกิดขึ้นก่อน หรือ ไม่เกิดพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว
2. เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม
3. โรคแทรกอาจเป็นโรคต่างระบบกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลัก
4. แพทย์สามารถบันทึกโรคแทรกได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวนโรคสูงสุด

ตัวอย่างโรคที่มักเป็นโรคแทรก ได้แก่ โรคที่มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อนมากขึ้น เช่น โรคติดเชื้อต่างๆ หลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การแพ้ยา ฝุ่นลมพิษ รวมถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาหรือผ่าตัดด้วย

การให้รหัสโรคแทรกทุกรหัส จะต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแลหรือร่วมกันรักษาเป็นหลักฐานรับรองการบันทึกรหัสเสมอ ผู้ให้รหัสไม่สามารถนำเอาผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นใดที่มีใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มาตีความเป็นรหัสโรคแทรกเองโดยพลการ หากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีโรคแทรกอื่นใดที่แพทย์สืบบันทึก ผู้ให้รหัสอาจส่งเวชระเบียนให้แพทย์พิจารณาทบทวนวินิจฉัยโรคแทรกเพิ่มเติมได้ก่อนให้รหัส

GN004 OTHER DIAGNOSES (การวินิจฉัยอื่นๆ)

การวินิจฉัยอื่นๆ (other diagnoses) คือ โรคของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความของการวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่

1. เป็นโรคเล็กน้อย หรือเป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิจารณาว่ารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ ไม่ต้องเพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ไม่ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม
2. เป็นโรคพบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้
3. อาจเป็นโรคระบบเดียวกันกับการวินิจฉัยหลัก หรืออาจไม่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยหลักก็ได้
4. แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยอื่นๆได้มากกว่า 1 อย่าง โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุด

GN005 EXTERNAL CAUSE OF INJURY AND POISONING (กลไกการบาดเจ็บ หรือการได้รับพิษ)

กลไกการบาดเจ็บหรือกลไกการได้รับพิษ (external cause of injury and poisoning) คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุให้สูญเสียประชาชนไทยก่อนวัยอันควร แพทย์ต้องระบุกลไกการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย

องค์ประกอบที่สำคัญของ กลไกการบาดเจ็บ ได้แก่

1. บอกลักษณะกลไกการบาดเจ็บได้อย่างละเอียด เช่น บรรยายว่านั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์จะไปทำงาน แล้วรถจักรยานยนต์สะดุดก้อนหินลื่นล้มเอง หรือบรรยายว่าถูกฟันด้วยมีดอโต้ขณะไปเที่ยวที่งานวัด

2. ระบุได้ชัดเจนว่าเป็นอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้าย หรือเป็นการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง

ผู้ให้รหัสมีหน้าที่สำคัญยิ่งในการบันทึกรหัสผู้ป่วยบาดเจ็บ ถ้าหากแพทย์ไม่ระบุกลไกการบาดเจ็บ หรือ ระบุกลไกไม่ชัดเจน ผู้ให้รหัสต้องสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน เพื่อให้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บ ได้ครบถ้วนและถูกต้องตรงตามมาตรฐานการให้รหัสผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรหัสกิจกรรม, รหัสสถานที่เกิดเหตุ และรหัสตำแหน่งผู้ป่วยในยานพาหนะแต่ละแบบ

6A.7 การบันทึกรหัส ICD

เมื่อให้รหัสเสร็จแล้ว ให้บันทึกรหัสโดยใช้ปากกาหมึกสีดำหรือสีน้ำเงินลงในเวชระเบียนผู้ป่วย ด้านข้างของคำวินิจฉัยโรค แล้วลงนามผู้ให้รหัสกำกับด้วยเสมอ

6B. การให้รหัสมาตรฐานโดยระบบคอมพิวเตอร์

การให้รหัสมาตรฐานอื่นๆ โดยระบบคอมพิวเตอร์สามารถดำเนินการได้ไม่ยาก ผู้เขียนโปรแกรมสามารถฝังรายการรหัสเข้าไปไว้ในหน้าจอบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้สามารถบันทึกรหัสมาตรฐานต่างๆ เช่น รหัสสัญญาติ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา ฯลฯ เข้าไปในระบบฐานข้อมูลได้โดยตรง

บทที่ 7. การจัดการเวชระเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(Medical Record Management in Tambon Health Promoting Hospital)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานเฝ้าระวังหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เป็นด้านหน้าของการบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งต้องมีระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยหรือเวชระเบียนที่เป็นระบบชัดเจน เพื่อมั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บมีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดชัดเจนที่ดี และทันสมัยทันเวลา เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้บริการผู้ป่วย จัดทำสถิติและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป การจัดการเวชระเบียนในรพ.สต. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีด้านต่างๆ ที่สำคัญ 4 ด้านดังนี้

1. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก
2. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ
3. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล
4. การส่งออกข้อมูล

7A. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก

เมื่อผู้ป่วยหรือประชาชนมารับบริการ ต้องจัดทำเวชระเบียนของผู้มารับบริการทุกคน โดยเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึกไว้ใน รพ.สต. ของผู้มารับบริการแต่ละรายจะต้องประกอบด้วยรายการดังต่อไปนี้

1. รายละเอียดผู้ป่วย/ประชาชนผู้มารับบริการ
2. รายการปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงการแพ้ยา/อาหาร
3. รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และยาที่เคยใช้ในอดีต
4. รายการวัคซีนป้องกันโรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
5. รายละเอียดการมารับบริการในแต่ละครั้ง
 - a. วันที่และเวลาที่มารับบริการ
 - b. อาการสำคัญ
 - c. ประวัติปัจจุบัน
 - d. ผลการตรวจร่างกาย

- e. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
- f. ผลการรักษาในกรณีที่น่าติดตามผล
- g. คำวินิจฉัยโรค
- h. การรักษา
- i. การให้คำแนะนำ
- j. วันที่นัดติดตามผล
- k. ชื่อและการลงลายมือชื่อของผู้รักษา

รายการที่ 1-4 จะอยู่ในรูปแบบของบัตรผู้ป่วยส่วนหน้า ซึ่งจัดทำขึ้นในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการ แต่อาจเพิ่มเติมแก้ไขข้อมูลได้ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง ส่วนรายการที่ 5 จะเป็นบัตรส่วนเสริมซึ่งจะเพิ่มเติมจำนวนแผ่นตามลำดับครั้งที่มารับบริการในครั้งต่อไป

7A.1 รายละเอียดผู้ป่วย/ประชาชนผู้มารับบริการ

รายละเอียดผู้ป่วย/ประชาชนผู้มารับบริการ ควรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ชื่อ นามสกุล
- เลขประจำตัวประชาชน
- ที่อยู่บ้าน และ หมายเลขโทรศัพท์
- วันเดือนปีเกิด
- เพศ
- สถานภาพสมรส
- เชื้อชาติ สัญชาติ
- ศาสนา
- สิทธิการรักษา
- ชื่อนามสกุลบิดา ชื่อนามสกุลมารดา
- อาชีพ
- สถานที่ทำงาน
- ที่อยู่สถานที่ทำงาน และ หมายเลขโทรศัพท์
- ชื่อนามสกุลญาติผู้ใกล้ชิด

- ที่อยู่ของญาติผู้ใกล้ชิด และ หมายเลขโทรศัพท์
- ความสัมพันธ์กับญาติผู้ใกล้ชิด (เกี่ยวข้องเป็นอะไร)

7A.2 รายการปัญหาทางสุขภาพรวมทั้งการแพ้ยา/แพ้อาหาร

รายการปัญหาทางสุขภาพ (Problem List) เป็นรายการปัญหาทางสุขภาพทั้งหมดของตัวผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมโรคประจำตัวทั้งหมด โรคสำคัญที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบันเสี่ยง การแพ้ยา/แพ้อาหาร โดยแพทย์ทุกคนที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องบันทึก ปรับปรุง แก้ไขรายการนี้ให้ทันสมัย เพื่อให้แพทย์ที่มาอ่านรายการนี้ในภายหลังสามารถอ่านแล้วเห็นภาพปัญหาสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยได้ในกระดาษแผ่นเดียว ดังตัวอย่างรายการ Problem List ในภาพ 7.1

Problem List นาย ประชา ชนไทย HN 23678

ลำดับ	วันที่เกิดปัญหา	ชื่อปัญหา	สถานะ (Active/Inactive)	วันที่ปัญหาหายไป
1	8 ส.ค. 2535	ความดันโลหิตสูง	Active	
2	พ.ศ. 2520	สูบบุหรี่ วันละ 1 ซอง	Active	
3	เม.ย. 2540	นิ่วถุงน้ำดี -> ผ่าตัดถุงน้ำดีออกด้วย การส่องกล้อง ที่ รพท. จังหวัด	Inactive	พ.ค. 2540
4	ก.ย. 2545	กระดูกไหปลาร้าหัก จากขับมอเตอร์ ไซด์ล้ม	Inactive	ม.ค. 2546
5	12 ก.ค. 2550	ไขมันในเลือดสูง	Active	

ภาพที่ 7.1 ตัวอย่าง Problem List

หลักการที่สำคัญในการบันทึก Problem List

- บันทึกโรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลันที่มีความรุนแรงพอสมควร ไม่บันทึกโรคไม่รุนแรง ซึ่งเป็นแล้วรักษาหายโดยง่าย เช่น โรคหวัด ท้องเสียเล็กน้อย ปวดกล้ามเนื้อ ฯลฯ
- ไม่บันทึกกรณีที่ไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นโรคอะไร
- ปรับปรุงรายการปัญหาโดยสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน เพื่อให้รายการทันสมัย
- กรณีปัญหาหมดไป ให้บันทึกสถานะเป็น Inactive

7A.3 รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และยาที่เคยใช้ในอดีต

รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และยาที่เคยใช้ในอดีต (Medication List) เป็นรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ในปัจจุบันที่รักษาโรคประจำตัวทั้งหมด รวมยาที่เคยใช้รักษาโรคสำคัญที่เคยเกิดขึ้นในอดีต โดยแพทย์ทุกคนที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องบันทึก ปรับปรุง แก้ไขรายการนี้ให้ทันสมัย เพื่อให้แพทย์ที่มาอ่านรายการนี้ในภายหลังสามารถอ่านแล้วเห็นภาพรวมการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ในกระดาษแผ่นเดียว ดังตัวอย่างรายการ Medication List ในภาพ 7.2

Medication List นาย ประชา ชนไทย HN 23678

ชื่อยา	วิธีใช้ยา	วันที่เริ่ม	วันที่หยุด	สำหรับปัญหา
Amlodipine 10 mg tab	กินวันละเม็ด ตอนเช้า	10 ม.ค. 36		1
Air-X tablet	เคี้ยวครึ่งละเม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	2 ก.พ. 40	3 เม.ย. 40	3
Ibuprofen 400 mg tab	กินครึ่งละ 1 เม็ด เช้า เย็น หลังอาหาร	14 ก.ย. 45	20 ก.ย. 45	4
Atorvastatin 20 mg tab	กินวันละเม็ด ตอนเช้า	15 ก.ค. 50		5

ภาพที่ 7.2 ตัวอย่าง Medication List

หลักการที่สำคัญในการบันทึก Problem List

- บันทึกยาทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อรักษาโรคประจำตัวซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรัง
- ไม่บันทึกยาที่ใช้บรรเทาอาการชั่วคราวที่ใช้นานๆ ครั้ง เช่น กินยา Paracetamol เมื่อมีไข้ นานๆ ครั้ง
- ไม่จำเป็นต้องบันทึกยาที่ใช้รักษาโรคเฉียบพลัน ซึ่งรักษาได้โดยง่าย เช่น ให้ ORS รักษาอาการท้องเสีย หรือใช้ยา Chlorpheniramine รักษาอาการน้ำมูกไหล
- หากมีอาการติดเชื้อซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง ให้บันทึกโรคติดเชื้อนั้นๆ ในรายการปัญหาและบันทึกยาปฏิชีวนะที่ให้ในรายการยาด้วย

7A3.4 รายการวัคซีนป้องกันโรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับ

รายการวัคซีนป้องกันโรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับ (Vaccination List) เป็นรายการวัคซีนที่ผู้ป่วยเคยได้รับในอดีตทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยน่าจะมีภูมิคุ้มกันโรคอะไรแล้วบ้าง และใช้ติดตามการให้วัคซีนให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับวัคซีนตามประเภทและเวลาที่กำหนด ดังตัวอย่างรายการวัคซีนที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ในภาพที่ 7.3

Vaccination List เด็กหญิง มินา ชนไทย HN 38456

วันที่รับวัคซีน	ชื่อวัคซีน	ครั้งที่	หมายเหตุ
4 มี.ค. 2558	BCG	1	
4 พ.ค. 2558	OPV	1	
4 พ.ค. 2558	DTP	1	
11 ก.ค. 2558	OPV	2	
11 ก.ค. 2558	DTP	2	ผู้ป่วยเป็นไข้ในวันนั้น จึงได้รับวัคซีนช้าไปกว่ากำหนด 1 สัปดาห์

ภาพที่ 7.3 ตัวอย่าง Vaccination List

7A3.5 รายละเอียดการมารับบริการในแต่ละครั้ง

รายละเอียดการมารับบริการในแต่ละครั้ง ควรบันทึกตามหลักการต่อไปนี้

7A3.51 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และอาจประวัติอดีต ประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
- การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น สีต เหลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากขึ้นตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

- ค. การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค เมื่อบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ต้องควรบันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช่คำย่อ (เช่น DM) ไม่ใช่คำกำกวม (เช่น URI) ต้องไม่ใช่คำบรรยายรหัส ICD เป็นคำวินิจฉัยโรค และ คำวินิจฉัยโรคต้องบอก ชื่อโรค ชนิดโรคและตำแหน่งที่เป็นโรคให้ชัดเจน
- ง. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรค ต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่ จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่ส่ง
- จ. การรักษา ส่วนที่สำคัญคือ การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุก ขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ
- ฉ. หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีระงับความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น วัสดุเย็บแผล เป็นต้น
- ช. การนัดตรวจติดตามผล (ถ้ามี)
- ซ. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

7A3.52 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว

ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- ก. ประวัติการติดตาม บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคเบาหวาน บันทึกประวัติ อาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินเก่ง น้ำหนักลด อาจบันทึกอาการของ โรคแทรกซ้อน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเป็นลม หิว ใจสั่น เหงื่อแตก อาการโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า บวม ตามัว
- ข. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคความดันโลหิตสูง ควร วัดความดันโลหิต มาล้างแผลหลังการทำแผล ต้องบันทึกลักษณะแผล อาจบันทึกการตรวจ ร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น วัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นประเมินว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อ หรือไม่
- ค. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึก การแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจระดับ fasting plasma glucose ได้ 135 มก./ดล. HbA1c 8.0% แปลผลว่าระดับการควบคุมยังไม่ได้ ตามเป้าหมายคือ $FPG \leq 130$ มก./ดล. $HbA1c \leq 7.0\%$ เป็นต้น

- ง. การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์ โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน เช่น บันทึกว่าเป็น Diabetes Mellitus type 2 กลุ่มเสี่ยงต่ำ และมีโรคแทรกซ้อนเป็น Diabetic ulcer left foot
- จ. ผลการรักษา ให้ระบุว่า อาการดีขึ้น อาการเท่าเดิม หรือ อาการแย่ลง หากเป็นโรคเรื้อรังให้ระบุว่า ควบคุมได้ ไม่มีอาการ หรือ ยังควบคุมไม่ได้
- ฉ. การรักษา บันทึกการรักษา เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำและอธิบายเหตุผล
- ช. การนัดตรวจติดตามผล (ถ้ามี)
- ซ. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

7A3.53 การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย แต่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค เช่น มารับยาคุมกำเนิด มารับวัคซีนป้องกันโรค มาตรวจคัดกรองโรคแล้วไม่พบว่าเป็นโรค (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ แต่ผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ ให้ใช้หลักการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจรักษาครั้งแรก)

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- ก. เหตุผลที่มา ให้ระบุประเภทของบริการและรายละเอียด เช่น มารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเข็มที่ 4 มารับยาคุมกำเนิดครั้งแรก มาฝากครรภ์ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เป็นต้น
- ข. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามลักษณะของบริการ เช่น เด็กมารับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักเมื่ออายุ 6 เดือน ต้องบันทึกการตรวจร่างกาย และการตรวจพัฒนาการของเด็ก มาฝากครรภ์ ต้องบันทึกรายละเอียดการฝากครรภ์ ตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้มาฝากครรภ์
- ค. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึกการแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร
- ง. การรักษา บันทึกการให้ยา (ถ้ามี) มีรายละเอียดชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการแนะนำ การดูแล การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และกำหนดนัดครั้งต่อไป
- จ. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

7B. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ

แนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสาร และจัดเก็บควรมีแนวทางมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. การลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ให้กระทำทันทีเมื่อผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก โดยบันทึกข้อมูลให้ครบทุกหัวข้อตามที่กำหนด หากข้อมูลสำคัญขาดหายไป เช่นเลขประจำตัวประชาชน ต้องร้องขอให้ผู้ป่วยนำบัตรประชาชนมาแสดงภายในเวลาเร็วที่สุดหลังจากให้บริการครั้งแรก
2. ถ้ามีแบบฟอร์มลงทะเบียนที่ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลเบื้องต้นให้ตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลที่ผู้ป่วยกรอกกับตัวผู้ป่วย หากพบความผิดพลาดต้องแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วน และเก็บแบบฟอร์มไว้เป็นหลักฐานเสมอ
3. การแก้ไขรายละเอียดการลงทะเบียนผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยให้ผู้ป่วยกรอกแบบฟอร์มเพื่อขอแก้ไข พร้อมอธิบายเหตุผลที่ขอแก้ไขร่วมกับเอกสารประกอบ การแก้ไขรายละเอียดการลงทะเบียนผู้ป่วยใดๆต้องให้อำนาจการหรือผู้ที่ผู้อำนาจการมอบหมายเป็นผู้อนุมัติเสมอ
4. ผู้ให้บริการผู้ป่วยทุกรายต้องบันทึกรายละเอียดกิจกรรมส่วนที่ตนเองดำเนินการลงไปในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกกิจกรรม การบันทึกให้กระทำทันทีระหว่างการรักษาหรือหลังการสิ้นสุดการรักษาไม่นาน ไม่ควรรอไว้บันทึกในวันต่อไป และให้บันทึกวันเวลาที่ทำกิจกรรมด้วยเสมอ
5. การบันทึกข้อความลงในเอกสาร ให้ใช้ปากกาหมึกสีดำหรือสีน้ำเงิน เขียนด้วยความบรรจงให้อ่านได้ง่าย ชัดเจน หากเขียนผิดห้ามใช้ปากกากระบายสีทับข้อความจนไม่เห็นข้อความเดิม ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดในเวชระเบียนผู้ป่วย การแก้ไขทำได้โดยการลากเส้นทับข้อความเดิมเพียงเส้นเดียว แล้วเขียนข้อความที่แก้ไขไว้ใกล้กับข้อความเดิม พร้อมลงนามกำกับ และวันเวลาที่แก้ไข
6. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ให้จัดเรียงตามลำดับ ดังนี้
 - a. รายละเอียดผู้ป่วย/ประชาชนผู้มารับบริการ
 - b. รายการปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงการแพ้ยา/อาหาร
 - c. รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และยาที่เคยใช้ในอดีต
 - d. รายการวัคซีนป้องกันโรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
 - e. รายละเอียดการมารับบริการในแต่ละครั้ง โดยครั้งสุดท้ายจะอยู่หลังสุด

7. การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในตู้เอกสารให้จัดเก็บโดยเรียงลำดับตามเลขท้ายของหมายเลขผู้ป่วย หรือเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ หรือเรียงลำดับตามแนวทางมาตรฐานอื่นๆที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข อาจใช้แถบสีช่วยในการจัดหมวดหมู่เวชระเบียน
8. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. ให้จัดเก็บไว้ตลอดไป หากผู้ป่วยเสียชีวิต ให้แยกเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตออกมาเก็บไว้ในสถานที่เก็บเวชระเบียนผู้เสียชีวิต โดยหากเป็นการเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า 20 ปี หากมิใช่การเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า 10 ปี แล้วอาจพิจารณาทำลายเวชระเบียน ถ้ามีปัญหาพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ
9. หากต้องการยกเลิกการเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในรูปแบบกระดาษ แล้วเปลี่ยนมาใช้ระบบฐานข้อมูลเพื่อจัดเก็บและเรียกกลับมาใช้เมื่อต้องการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องตรวจสอบคุณสมบัติของโปรแกรมว่ามีคุณสมบัติดังนี้ กล่าวคือ
 - a. โปรแกรมสามารถบันทึกข้อมูลสำคัญทั้งหมดของผู้ป่วยตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด เช่น ต้องบันทึกชื่อโรคของผู้ป่วยไว้ได้ ไม่ใช่ ICD แทนชื่อโรค ฯลฯ
 - b. โปรแกรมสามารถพิมพ์รายงานออกมาได้ตามรูปแบบรายงานมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด เช่น ต้องพิมพ์รายการปัญหาของผู้ป่วยออกมาได้ ฯลฯ
 - c. โปรแกรมมีมาตรการป้องกันการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด มีระบบเข้ารหัสข้อมูล มีระบบ Digital Signature และระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ตามมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด
10. หากรพ.สต.ใดใช้โปรแกรมที่ยังไม่ได้มาตรฐานตามข้อ 9 ห้ามยกเลิกเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่เป็นกระดาษ เพราะจะทำให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยหายไป หรือละเมิดความลับ ความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญใดที่ยังไม่สามารถบันทึกเข้าโปรแกรมใดต้องเขียนบันทึกไว้ในกระดาษเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วจัดเก็บไว้ตามระบบเวชระเบียนกระดาษ
11. ต้องจัดให้มีระบบสำรองข้อมูลทั้งเวชระเบียนกระดาษและข้อมูลที่อยู่ในระบบฐานข้อมูล โดยใช้ระบบ Scan หรือถ่ายภาพเอกสารเวชระเบียนกระดาษ และใช้ระบบสำรองข้อมูลจากฐานข้อมูลของ รพ.สต. โดยต้องกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กำหนดผู้รับผิดชอบ และรอบระยะเวลาการสำรองข้อมูล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

7C. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพดีมีลักษณะที่สำคัญ 4 ลักษณะดังนี้

1. ครบถ้วน มีข้อมูลการให้บริการทุกราย มีข้อมูลทุกด้านที่จำเป็น
2. ถูกต้อง ไม่มีข้อผิดพลาด เชื่อถือได้
3. ละเอียด ไม่กำกวม ชัดเจน แยกแยะประเภทต่างๆได้
4. ทันสมัย เป็นข้อมูลปัจจุบัน บันทึกหรือส่งภายในเวลาที่กำหนด

การจัดการให้ข้อมูลมีคุณภาพดี เป็นหน้าที่ของทีมงานที่กำกับดูแลระบบข้อมูล โดยต้องมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ปีละ 2-4 ครั้ง โดยถ้าตรวจพบว่า ข้อมูลมีปัญหาด้านคุณภาพ ก็ต้องมีกิจกรรมแก้ไขและพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และหากข้อมูลมีคุณภาพดีแล้ว ก็ต้องมีระบบควบคุมคุณภาพให้มีคุณภาพดีอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกระดับสถานพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD
4. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

7C.1 การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก

การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยนอก มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
จำนวนข้อมูล	สุ่มตัวอย่างให้ได้ 5 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณมาก อาจลดสัดส่วนเหลือ 3 % แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 40 รายการต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง
แหล่งข้อมูลที่ใช้สุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างจากข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจแบบผู้ป่วยนอก ที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล เช่น สุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ในระบบ 43 แฟ้ม โดยกำหนดสถานะในฟิลด์ DIAGTYPE เป็น 1 เพื่อเลือกโรคหลักเป็นตัวโยง PID
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ Stratified Random Sampling

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีสัดส่วนรหัสโรคหลัก ดังต่อไปนี้ รหัส A,B สัดส่วน ร้อยละ 8 รหัส D50-D89 สัดส่วน ร้อยละ 4 รหัส E สัดส่วน ร้อยละ 4 รหัส I สัดส่วน ร้อยละ 4 รหัส J สัดส่วน ร้อยละ 4 รหัส K สัดส่วน ร้อยละ 4 รหัส M สัดส่วน ร้อยละ 8 รหัส O สัดส่วน ร้อยละ 8 รหัส R สัดส่วน ร้อยละ 8 รหัส S สัดส่วน ร้อยละ 8 รหัส Z สัดส่วน ร้อยละ 20 รหัส อื่นๆ สัดส่วน ร้อยละ 20
การเลือก HN	เมื่อสุ่มตัวอย่างแล้วจะได้รายการรหัสโรคหลักที่มี PID อยู่คู่ ให้นำ PID ไปเปรียบเทียบกับ HN ในแฟ้มที่เก็บข้อมูลผู้ป่วย PERSON เพื่อนำรายงาน HN ไปค้น เอกสารผู้ป่วยเพื่อนำออกมาตรวจสอบต่อไป

7C.2 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก

หัวข้อ	การประเมินคะแนนคุณภาพ
วันเวลาที่มารับบริการ	คะแนน 0 : ไม่บันทึกวันหรือเวลาที่มารับบริการ คะแนน 1 : บันทึกวันหรือเวลาที่มารับบริการครบถ้วน
อาการสำคัญ CC (กรณีรักษาความเจ็บป่วย) หรือ เหตุผลที่มา (กรณีมารับบริการ ส่งเสริมสุขภาพ)	คะแนน 0 : ไม่บันทึกอาการสำคัญหรือเหตุผลที่มา คะแนน 1 : บันทึกอาการสำคัญแต่ไม่ระบุระยะเวลา หรือบันทึก เหตุผลที่มาแต่ไม่มีความหมายใช้แยกรายละเอียดไม่ได้ เช่น บันทึกว่า “มาตามนัด” หรือ “มารับยาเดิม” ฯลฯ คะแนน 2 : บันทึกอาการสำคัญและระบุระยะเวลา หรือ บันทึก เหตุผลที่มาที่ใช้แยกรายละเอียดได้ เช่น บันทึกว่า มารับวัคซีน OPV, DPT ครั้งที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย	คะแนน 0 : ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย คะแนน 1 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยเฉพาะประวัติปัจจุบัน คะแนน 2 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรค ประจำตัวหรือประวัติอดีต คะแนน 3 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรค ประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
ผลการตรวจร่างกาย และผล การตรวจขั้นสูง	คะแนน 0 : ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย คะแนน 1 : บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว คะแนน 2 : บันทึกผลการตรวจร่างกายสองระบบ คะแนน 3 : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบแต่ไม่ บันทึกผลการตรวจขั้นสูง หรือบันทึกสองระบบแต่ไม่มี lab คะแนน 4 : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบและมี บันทึกผลการตรวจขั้นสูง

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อ)

หัวข้อ	การประเมินคะแนนคุณภาพ
คำวินิจฉัยโรค	ไม่ประเมิน NA : กรณีผู้ป่วยไม่มีโรคใดๆอยู่เลย คะแนน 0 : ไม่บันทึกคำวินิจฉัยโรค หรือ ใช้รหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค หรือใช้คำบรรยายรหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค คะแนน 1 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคไม่ครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน คะแนน 2 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่มีบางคำกำกวม ขาดรายละเอียดชนิดโรคหรือตำแหน่งโรค คะแนน 3 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด แต่มีบางคำวินิจฉัยโรคเป็นคำย่อหรืออ่านไม่ออก คะแนน 4 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด ไม่มีคำวินิจฉัยโรคที่เป็นคำย่อ ลายมืออ่านได้โดยชัดเจน
การรักษา	ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการรักษาใดๆ คะแนน 0 : มีการรักษา แต่ไม่มีการบันทึก หรือบันทึกข้อความที่ไม่มีรายละเอียดเช่น RM , same, ให้ยาเดิม ฯลฯ คะแนน 1 : บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดส่วนใหญ่ เช่น บันทึกชื่อยา แต่ไม่ระบุวิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด บันทึกการทำหัตถการแต่ไม่มีรายละเอียดการทำหัตถการ คะแนน 2 : บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดปลีกย่อย เช่น บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมดแต่อาจไม่บอกรูปแบบยาว่าเป็นยาเม็ด บันทึกการทำหัตถการมีรายละเอียดการทำหัตถการพอสมควร คะแนน 3 : บันทึกการรักษา โดยมีรายละเอียดทั้งหมด บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด ขนาด รูปแบบยา บันทึกการทำหัตถการโดยมีรายละเอียดทุกด้าน คือ ขั้นตอนการให้ยาชา การทำผ่าตัด รวมถึงวัสดุเย็บแผล

7C.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การให้รหัส ICD โดยผู้ตรวจสอบ	ผู้ตรวจสอบดูคำวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่อยู่ในบันทึกผู้ป่วย แล้วดำเนินการให้รหัสโดย 1. ค้นหาหลักตามชื่อโรคจากตราชูณี ICD-10-TM for PCU vol. 1 หรือกรอบแนวทางมาตรฐาน vol. 3 2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรหัสจาก Tabular list 3. เติมเลขรหัสให้ครบถ้วนทุกหลัก 4. จัดเรียงลำดับรหัสเป็น รหัสโรคหลัก type =1, รหัสโรคอื่นๆ type = 4 และ รหัสสาเหตุภายนอก type = 5 5. ให้รหัสเหตุการณ์ตามหนังสือ ICD-10-TM for PCU vol.2
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคหลัก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคหลักของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ดังนี้(เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสโรคหลักเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค สัญลักษณ์ D : รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ E : ใช้สาเหตุภายนอก (V,W,X,Y) เป็นรหัสโรคหลัก สัญลักษณ์ F : รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคอื่นๆและ รหัสสาเหตุภายนอก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคที่ไม่ใช่โรคหลักของตนเองกับรหัสที่ไม่ใช่โรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค

	สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ
--	---

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การตรวจสอบคุณภาพรหัสเหตุการณ์	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสเหตุการณ์ของตนเองกับรหัสเหตุการณ์ของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสเหตุการณ์ผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสเหตุการณ์ทั้งๆที่ไม่มีการทำเหตุการณ์ในบันทึก สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ
การบันทึกผลการตรวจ	ให้ผู้ตรวจสอบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพในตารางบันทึกผลดังตัวอย่างในหน้าถัดไป

การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผล

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูล

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน 1 บรรทัด
- คะแนนเต็ม คือ การรวมคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ถ้ารายการใดผลการประเมินเป็น na ไม่ต้องนำคะแนนเต็มของรายการนั้นมารวม

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อาจอยู่ใน 1 หรือ หลาย บรรทัด
- โดยหากข้อมูลผู้ป่วยรายใด มีรหัส ICD มากกว่า 1 รหัส ให้กรอกข้อมูล โดยกำหนดให้รหัส ICD ที่มีอยู่ในข้อมูล 1 รหัสอยู่ใน 1 บรรทัดเท่านั้น
- ห้ามกรอกรหัส ICD ที่ต้องการตรวจสอบ มากกว่า 1 รหัสในแต่ละบรรทัด
- การกรอกข้อมูลประเภทรหัสเหตุการณ์ ให้กำหนดประเภทรหัสเป็น P

7C.4 การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา

ผู้ตรวจสอบควรจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และ แนวทางการแก้ปัญหา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และ คุณภาพการให้รหัส

สถานพยาบาล

วันที่ตรวจสอบ ...10 เมษายน 2558.... ช่วงระยะเวลาของข้อมูลที่ตรวจสอบ ม.ค.- มี.ค. 2558

สุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 40 คน มีรหัส ICD ทั้งหมด 68 รหัส

ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพข้อมูล

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม	65.27 %
--------------------	---------

คุณภาพการบันทึกวันเวลา	75 %
------------------------	------

คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	92.25 %
---------------------------	---------

คุณภาพการบันทึกประวัติ	72.35 %
------------------------	---------

คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย	37.5 %
----------------------------	--------

คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัยโรค	52.5 %
------------------------------	--------

คุณภาพการบันทึกการรักษา	85.17 %
-------------------------	---------

ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD

ให้รหัสถูกต้อง	47.5 %
----------------	--------

ให้รหัสผิด	52.5 %
------------	--------

ลักษณะความผิดพลาด

A	ให้รหัสผิดพลาด	12.5 %
B	มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	20 %
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	2.0 %
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	4.5 %
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	5.5 %
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0 %
G	ให้รหัสไม่ครบ	3.5 %
H	ให้รหัสมากเกินไป	4.5 %

สรุปปัญหา

ปัญหาที่พบบ่อยคือ การไม่บันทึกคำวินิจฉัยโรคแต่ใส่รหัสไปเลย การให้รหัสผิดพลาด และ การใช้รหัสสาเหตุภายนอกเป็นรหัสโรคหลัก

สาเหตุ

สาเหตุหลัก มาจากการไม่บันทึกคำวินิจฉัย เพราะบางครั้งผู้ตรวจรักษาไม่วินิจฉัยโรค

วิธีการให้รหัสผิดพลาด ใช้โปรแกรมในการค้นหารหัส ICD ไม่ใช่คู่มือมาตรฐาน

การขาดความรู้และความชำนาญในการให้รหัส

การแก้ปัญหา

1. ตรวจสอบระบบควบคุมให้ผู้ตรวจรักษาโรคทุกคน ต้องบันทึกคำวินิจฉัยโรค
2. กำหนดมาตรฐาน ห้ามค้นหารหัส ICD จากโปรแกรม
- 3.อบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD

7D. การส่งออกข้อมูล

การส่งออกข้อมูลจาก รพ.สต. ไปสู่ภายนอก คือ การส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานภายนอกซึ่งอาจเป็นหน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดของ รพ.สต. เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักทะเบียนราษฎร์ โรงพยาบาลเอกชน บริษัทประกันชีวิต โดยการส่งออกมีแนวทางมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นเอกสาร และ แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

7D.1 แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นเอกสาร

การส่งออกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไปยังหน่วยงานภายนอก ควรมีแนวทางมาตรฐานดังนี้

1. การส่งออกข้อมูลไปยังหน่วยงานภายนอกที่ไม่ใช่ต้นสังกัดของรพ.สต. ต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการเท่านั้น
2. ผู้ขอข้อมูลต้องส่งคำร้องพร้อมอธิบายเหตุผลที่ต้องการข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรมายังผู้อำนวยการก่อนการส่งออกข้อมูล โดยผู้อำนวยการสามารถปฏิเสธมิให้ข้อมูลได้หากพิจารณาแล้วว่าการให้ข้อมูลจะเป็นการปฏิบัติงานที่ผิดระเบียบหรือละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
3. ไม่ควรถ่ายเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกส่งให้กับหน่วยงานอื่นภายนอก เพราะจะทำให้ผู้ขอข้อมูลได้ข้อมูลมากเกินไปเกินความต้องการ และอาจละเมิดความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับผู้ป่วยได้ ควรจัดทำเป็นรายงานแยกที่ตอบคำถามเฉพาะผู้ที่ร้องขอข้อมูลต้องการเท่านั้น
4. ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ให้ถือเป็นเอกสารลับ ต้องดำเนินการตามแนวทางจัดการเอกสารลับ เช่น ต้องใส่ซองปิดผนึกให้เรียบร้อย ไม่ให้ผู้รับถือกระดาษที่มีข้อมูลไปโดยไม่ใส่ซองปิดผนึก
5. การส่งออกข้อมูลต้องบันทึกลงในทะเบียนเอกสารส่งออกทุกครั้ง โดยบันทึกวันที่ เวลา ผู้รับ ให้ชัดเจนเพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบต่อไป

7D.2 แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

การส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มไปยังหน่วยงานภายนอก ควรมีแนวทางมาตรฐานดังนี้

1. ก่อนส่งออกข้อมูล ผู้ที่รับผิดชอบควรตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถส่งข้อมูลได้ครบถ้วน มีคุณภาพ
2. ส่งข้อมูลภายในเวลาที่กำหนด เช่น ภายในวันที่ 15 ของเดือนต่อไป หากไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องชี้แจงเหตุผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และดำเนินการส่งข้อมูลทันทีเมื่อพร้อม
3. การขอส่งข้อมูลเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อผิดพลาดให้สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องไม่ล่าช้าเกินกว่า 90 วันหลังจากให้บริการผู้ป่วย
4. หากรพ.สต. อนุญาตให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลโดยฝ่ายรพ.สต.ไม่ต้องดำเนินการส่งข้อมูล ฝ่าย รพ.สต. ต้องรับผิดชอบดูแลให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้องก่อนถึงเวลาการดึงข้อมูล
5. แฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้รายงานปีละ 1 ครั้ง ให้ส่งภายในเดือนที่กำหนด แต่หากมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลในแฟ้ม ให้ส่งข้อมูลแก้ไขเพิ่มเติมได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ครบรอบปี

บทที่ 8. การจัดการเวชระเบียนในโรงพยาบาล

(Medical Record Management in Hospital)

โรงพยาบาล เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งต้องมีระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยหรือเวชระเบียนที่เป็นระบบชัดเจน เพื่อมั่นใจว่าข้อมูลที่จัดเก็บมีความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดชัดเจนที่ดี และทันสมัยทันเวลา เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้บริการผู้ป่วย จัดทำสถิติและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป การจัดการเวชระเบียนในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีด้านต่างๆ ที่สำคัญ 4 ด้านดังนี้

1. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก
2. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ
3. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล
4. การส่งออกข้อมูล

8A. รายการเอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึก

เอกสารและข้อมูลสำคัญที่ต้องเก็บรวบรวมและบันทึกในโรงพยาบาลประกอบไปด้วยเอกสาร 2 กลุ่ม คือเอกสารสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก และเอกสารสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยใน

สำหรับเอกสารการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกจะมีลักษณะเหมือนกันกับการจัดการเอกสารใน รพ.สต. (ดูบทที่ 7) ดังนี้

1. รายละเอียดผู้ป่วย/ประชาชนผู้มารับบริการ
2. รายการปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงการแพ้ยา/อาหาร
3. รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และยาที่เคยใช้ในอดีต
4. รายการวัคซีนป้องกันโรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
5. รายละเอียดการมารับบริการในแต่ละครั้ง
 - a. วันที่และเวลาที่มาใช้บริการ
 - b. อาการสำคัญ
 - c. ประวัติปัจจุบัน

- d. ผลการตรวจร่างกาย
- e. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
- f. ผลการรักษาในกรณีที่น่าติดตามผล
- g. คำวินิจฉัยโรค
- h. การรักษา
- i. การให้คำแนะนำ
- j. วันที่นัดติดตามผล
- k. ชื่อและการลงลายมือชื่อของผู้รักษา

รายการที่ 1-4 จะอยู่ในรูปแบบของบัตรผู้ป่วยส่วนหน้า ซึ่งจัดทำขึ้นในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการ แต่อาจเพิ่มเติมแก้ไขข้อมูลได้ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง ส่วนรายการที่ 5 จะเป็นบัตรส่วนเสริมซึ่งจะเพิ่มเติมจำนวนแผ่นตามลำดับครั้งที่มารับบริการในครั้งต่อไป (ดูรายละเอียดในบทที่ 7)

เอกสารการดูแลรักษาผู้ป่วยในจะมีลักษณะบางส่วนคล้ายกับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แต่จะมีรายละเอียดเพิ่มเติม มากกว่า ดังนี้

1. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน
2. ผลการตรวจร่างกายแรกรับ
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
5. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
6. รายการปัญหา
7. แผนการรักษา
8. บันทึกการสั่งการรักษาของแพทย์
9. บันทึกการให้คำปรึกษา
10. บันทึกการทำการผ่าตัดหรือหัตถการ
11. บันทึกความก้าวหน้า
12. บันทึกทางการแพทย์
13. บันทึกการคลอด
14. บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

15. บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก
16. สรุปการรักษา
17. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลและการขอความยินยอมเพื่อรักษา
18. บันทึกอื่นๆ เช่น บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

รายละเอียดวิธีการบันทึกข้อมูลในเอกสารต่างๆ เหล่านี้ในกล่าวถึงไว้แล้วในเนื้อหาบทที่ 5 (ดูบทที่ 5 หากต้องการทบทวน)

8B. วิธีบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารและจัดเก็บ

แนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล แก้ไขข้อมูล จัดระเบียบเอกสารผู้ป่วยใน และจัดเก็บควรมีแนวทางมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. การลงทะเบียนผู้ป่วยในรายใหม่ให้กระทำทันทีเมื่อแพทย์สั่งให้รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลให้ครบทุกหัวข้อตามที่กำหนด หากข้อมูลสำคัญขาดหายไป เช่น หนังสือรับรองสิทธิการรักษาแจ้งต้นสังกัด ต้องขอให้ญาติผู้ป่วยนำแสดงภายในเวลาเร็วที่สุดหลังจากรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
2. การลงทะเบียนผู้ป่วยในครั้งใหม่ ให้ออกเลขทะเบียนผู้ป่วยใน (Admission Number) ใหม่ทุกครั้ง
3. ผู้ให้บริการผู้ป่วยทุกรายต้องบันทึกรายละเอียดกิจกรรมส่วนที่ตนเองดำเนินการลงไปในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกกิจกรรม การบันทึกให้กระทำทันทีระหว่างการรักษาหรือหลังการสิ้นสุดการรักษาไม่นาน ไม่ควรรอไว้บันทึกในวันต่อไป และให้บันทึกวันเวลาที่ทำกิจกรรมด้วยเสมอ
4. การบันทึกข้อความลงในเอกสาร ให้ใช้ปากกาหมึกสีดำหรือสีน้ำเงิน เขียนด้วยความบรรจงให้อ่านได้ง่าย ชัดเจน หากเขียนผิดห้ามใช้ปากกากระบายสีทึบทับข้อความจนไม่เห็นข้อความเดิม ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิดในเวชระเบียนผู้ป่วย การแก้ไขทำได้โดยการลากเส้นทับข้อความเดิมเพียงเส้นเดียว แล้วเขียนข้อความที่แก้ไขไว้ใกล้กับข้อความเดิม พร้อมลงนามกำกับ และวันเวลาที่แก้ไข
5. เวชระเบียนผู้ป่วยใน เมื่อสิ้นสุดการรักษา ให้จัดเรียงตามลำดับ ดังนี้
 - a. รายละเอียดผู้ป่วยใน ข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง
 - b. สรุปการรักษา

- c. รายการปัญหา
 - d. แผนการรักษา
 - e. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน
 - f. ผลการตรวจร่างกายแรกรับ
 - g. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - h. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
 - i. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ
 - j. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลและการขอความยินยอมเพื่อรักษา
 - k. บันทึกการส่งการรักษาของแพทย์
 - l. บันทึกการให้คำปรึกษา (ถ้ามี)
 - m. บันทึกการทำการผ่าตัดหรือหัตถการ (ถ้ามี)
 - n. บันทึกความก้าวหน้า
 - o. บันทึกทางการแพทย์
 - p. บันทึกการคลอด (ถ้ามี)
 - q. บันทึกกิจกรรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ถ้ามี)
 - r. บันทึกการรักษาแบบแผนไทย แผนจีน หรือ การแพทย์ทางเลือก (ถ้ามี)
 - s. บันทึกอื่นๆ เช่น บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (ถ้ามี)
6. การจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในที่อยู่ในตู้เอกสารให้จัดเก็บโดยเรียงลำดับตามเลขท้ายของหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน หรือเรียงลำดับตามแนวทางมาตรฐานอื่นๆที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข อาจใช้แถบสีช่วยในการจัดหมวดหมู่เวชระเบียน
7. เวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ให้จัดเก็บไว้ตลอดไป หากผู้ป่วยเสียชีวิต ให้แยกเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตออกมาเก็บไว้ในสถานที่เก็บเวชระเบียนผู้เสียชีวิต โดยหากเป็นการเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า 20 ปี หากมิใช่การเสียชีวิตผิดธรรมชาติให้เก็บรักษาไว้ไม่ต่ำกว่า 10 ปี แล้วอาจพิจารณาทำลายเวชระเบียน ถ้ามีปัญหพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ
8. หากต้องการยกเลิกการเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยในในรูปแบบกระดาษ แล้วเปลี่ยนมาใช้ระบบฐานข้อมูลเพื่อจัดเก็บและเรียกกลับมาใช้เมื่อต้องการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องตรวจสอบคุณสมบัติของโปรแกรมว่ามีคุณสมบัติดังนี้ กล่าวคือ

- a. โปรแกรมสามารถบันทึกข้อมูลสำคัญทั้งหมดของผู้ป่วยตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด เช่น ต้องบันทึกชื่อโรคของผู้ป่วยไว้ได้ ไม่ใช่ ICD แทนชื่อโรค ฯลฯ
 - b. โปรแกรมสามารถพิมพ์รายงานออกมาได้ตามรูปแบบรายงานมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด เช่น ต้องพิมพ์รายการปัญหาของผู้ป่วยออกมาได้ ฯลฯ
 - c. โปรแกรมมีมาตรการป้องกันการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด มีระบบเข้ารหัสข้อมูล มีระบบ Digital Signature และระบบรักษาความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ตามมาตรฐานที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด
9. หากโรงพยาบาลใดใช้โปรแกรมที่ยังไม่ได้มาตรฐานตามข้อ 9 ห้ามยกเลิกเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่เป็นกระดาษ เพราะจะทำให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยหายไป หรือละเมิดความลับความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญใดที่ยังไม่สามารถบันทึกเข้าโปรแกรมใดต้องเขียนบันทึกไว้ในกระดาษเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วจัดเก็บไว้ตามระบบเวชระเบียนกระดาษ
10. ต้องจัดให้มีระบบสำรองข้อมูลทั้งเวชระเบียนกระดาษและข้อมูลที่อยู่ในระบบฐานข้อมูล โดยใช้ระบบ Scan หรือถ่ายภาพเอกสารเวชระเบียนกระดาษ และใช้ระบบสำรองข้อมูลจากฐานข้อมูลของ โรงพยาบาล โดยต้องกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กำหนดผู้รับผิดชอบ และรอบระยะเวลาการสำรองข้อมูล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

8C. การจัดการควบคุมคุณภาพข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน ระดับสถานพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ
3. การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD
4. การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหา

8C.1 การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน

การสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยใน มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
จำนวนข้อมูล	สุ่มตัวอย่างให้ได้ 5 % ของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่กำหนด ถ้าผู้ป่วยมีปริมาณมาก อาจลดสัดส่วนเหลือ 3 % แต่อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 40 รายการต่อการตรวจสอบแต่ละครั้ง
แหล่งข้อมูลที่ใช้สุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างจากข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล เช่น สุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD ในระบบ 43 แฟ้ม โดยกำหนดสถานะในฟิลด์ DIAGTYPE เป็น 1 เพื่อเลือกโรคหลักเป็นตัวโยง AN
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ Stratified Random Sampling
รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีสัดส่วนรหัสโรคหลัก ดังต่อไปนี้ รหัส A,B สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส C สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส I สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส J สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส K สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส M สัดส่วน ร้อยละ 5 รหัส N สัดส่วน ร้อยละ 5 รหัส O สัดส่วน ร้อยละ 10 ไม่รวม O80.0 – O80.9 รหัส P สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส S สัดส่วน ร้อยละ 10 รหัส อื่นๆ สัดส่วน ร้อยละ 10 ไม่รวม Z38.0 – Z38.9
การเลือก AN	เมื่อสุ่มตัวอย่างแล้วจะได้รายการรหัสโรคหลักที่มี AN อยู่คู่ให้นำรายการ AN ทั้งหมดไปค้น เอกสารผู้ป่วยเพื่อนำออกมาตรวจสอบต่อไป
รายการเอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ	1. Discharge Summary 2. บันทึกประวัติ และการตรวจร่างกาย 3. Progress Note 4. บันทึกการผ่าตัด (ถ้ามี) 5. บันทึกการคลอด (ถ้ามี) 6. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ถ้ามี) 7. ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ถ้ามี) 8. รหัส ICD ทั้งหมดที่บันทึกไว้ใน AN นี้ (อาจดึงจากโปรแกรมส่งข้อมูลเบิกเงิน)

8C.2 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน

หัวข้อ	การประเมินคะแนนคุณภาพ
Discharge Summary ส่วนของแพทย์	คะแนน 1 : ไม่บันทึกโรคหลักหรือสรุปโรคหลักมากกว่า 1 โรค หรือบันทึกโรคแทรกเป็นโรคหลัก คะแนน 2 : บันทึกโรคร่วม โรคแทรก ไม่ครบ ไม่ระบุกลไกการ บาดเจ็บ บันทึกหัตถการและการผ่าตัดไม่ครบ คะแนน 3 : บันทึกโรคและหัตถการครบ แต่ขาดรายละเอียด คะแนน 4 : บันทึกโรคและหัตถการครบถ้วน ถูกต้อง รายละเอียดดี
Discharge Summary ส่วนอื่น	คะแนน 0 : ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ขาดข้อมูลสำคัญ คะแนน 1 : บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน แต่ขาดข้อมูลบางเรื่อง คะแนน 2 : บันทึกข้อมูลครบถ้วน แต่ขาดรายละเอียดบางเรื่อง คะแนน 3 : บันทึกได้ครบถ้วน มีรายละเอียดทุกช่อง
ประวัติการเจ็บป่วย	คะแนน 0 : ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย คะแนน 1 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยเฉพาะอาการสำคัญ คะแนน 2 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งอาการสำคัญและประวัติ ปัจจุบัน แต่ประวัติอื่นๆไม่ครบถ้วน คะแนน 3 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรค ประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แต่ ขาด Review of System คะแนน 4: บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรค ประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึง Review of System

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

หัวข้อ	การประเมินคะแนนคุณภาพ
ผลการตรวจร่างกาย	คะแนน 0 : ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย คะแนน 1 : บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว คะแนน 2 : บันทึกผลการตรวจร่างกายหลายระบบแต่ไม่ครบทั้งหมดที่จำเป็น คะแนน 3 : บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกระบบที่จำเป็น คะแนน 4 : บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกระบบโดยละเอียด
Progress Note	คะแนน 0 : ไม่บันทึก Progress Note คะแนน 1 : มีการบันทึกเล็กน้อย ไม่ได้มาตรฐาน SOAP คะแนน 2 : มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย แต่มีรายละเอียดน้อย คะแนน 3 : มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย มีรายละเอียดมาก แต่ไม่ครบ SOAP คะแนน 4 : มีการบันทึกใน 3 วันแรก วันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ และ วันจำหน่าย มีรายละเอียดมาก ครบ SOAP ทุกด้าน
บันทึกการผ่าตัด	ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการผ่าตัดใดๆ คะแนน 0 : ไม่บันทึก คะแนน 1 : บันทึกเฉพาะชื่อการผ่าตัด คะแนน 2 : บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดพอสมควร คะแนน 3 : บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดมาก คะแนน 4 : บันทึกชื่อการผ่าตัดและมีรายละเอียดมากครบทุกประเด็นสำคัญ มีภาพประกอบ
บันทึกการคลอด	ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการคลอด คะแนน 0 : ไม่บันทึก คะแนน 1 : บันทึกเฉพาะชื่อวิธีการคลอด คะแนน 2 : บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดพอสมควร คะแนน 3 : บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดมาก คะแนน 4 : บันทึกวิธีการคลอดและมีรายละเอียดมากครบทุกประเด็นสำคัญ มีภาพประกอบ

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (ต่อ)

หัวข้อ	การประเมินคะแนนคุณภาพ
Nurses' Note	คะแนน 0 : ไม่บันทึก Nurses' Note คะแนน 1 : มีการบันทึกเล็กน้อย ไม่ครบทุกเวรที่กำหนด คะแนน 2 : บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด แต่มีรายละเอียดน้อย คะแนน 3 : บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดมาก คะแนน 4 : บันทึกครบทุกเวรที่กำหนด มีรายละเอียดมาก ครบ SOAPE ทุกด้าน

8C.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยใน

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การให้รหัส ICD โดยผู้ตรวจสอบ	ผู้ตรวจสอบดูคำวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่อยู่ใน Discharge Summary แล้วดำเนินการให้รหัสโดย 1. ค้นหาหลักตามชื่อโรคจากตาราง ICD-10-TM vol.2 2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรหัสจาก Tabular list 3. เติมเลขรหัสให้ครบถ้วนทุกหลัก 4. จัดเรียงลำดับรหัสเป็น รหัสโรคหลัก type =1, รหัสโรคร่วม type = 2 รหัสโรคแทรก type=3 รหัสโรคอื่น type=4 และ รหัสสาเหตุภายนอก type = 5 5. ให้รหัสเหตุการณ์ตามหนังสือ ICD-10-TM for PCU vol.3
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคหลัก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคหลักของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสโรคหลักเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค สัญลักษณ์ D : รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง

	สัญลักษณ์ E : ใช้สาเหตุภายนอก (V,W,X,Y) เป็นรหัสโรคหลัก สัญลักษณ์ F : รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคอื่นๆที่ไม่ใช่โรคหลักและรหัสสาเหตุภายนอก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคที่ไม่ใช่โรคหลักของตนเองกับรหัสที่ไม่ใช่โรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ
การตรวจสอบคุณภาพรหัสเหตุการณ์	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสเหตุการณ์ของตนเองกับรหัสเหตุการณ์ของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสเหตุการณ์ผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสเหตุการณ์ทั้งๆที่ไม่มีการทำเหตุการณ์ในบันทึก สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ
การบันทึกผลการตรวจ	ผู้ตรวจสอบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพในตารางบันทึกผลดังตัวอย่างในหน้าถัดไป

การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผล :

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูล

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน 1 บรรทัด
- คะแนนเต็ม คือ การรวมคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ถ้ารายการใดผลการประเมินเป็น na ไม่ต้องนำคะแนนเต็มของรายการนั้นมารวม

* DS1 = Discharge Summary ส่วนอื่น, DS2 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, Hx = บันทึกประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note, Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึกการคลอด, Nurse = Nurses' Note

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อาจอยู่ใน 1 หรือ หลาย บรรทัด
- โดยหากข้อมูลผู้ป่วยรายใด มีรหัส ICD มากกว่า 1 รหัส ให้กรอกข้อมูล โดยกำหนดให้รหัส ICD ที่มีอยู่ในข้อมูล 1 รหัสอยู่ใน 1 บรรทัดเท่านั้น
- ห้ามกรอกรหัส ICD ที่ต้องการตรวจสอบ มากกว่า 1 รหัสในแต่ละบรรทัด
- การกรอกข้อมูลประเภทรหัสเหตุการณ์ ให้กำหนดประเภทรหัสเป็น P

Form A3

ตารางบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ผู้ป่วยใน รพ.สถานพยาบาล _____ ชื่อ _____ วันที่ _____ ตรวจโดย _____

AN	วันที่จำหน่าย	การวินิจฉัย หรือ เหตุผลที่มารับบริการ	ลำดับ	ประเภท	ICD	AuditICD	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
58000015	20/01/2015	Emphyema gall bladder	1	1	K81.1	K80.0	A	ให้รหัสผิด
		Gall stones	2	2	K80.1	-	H	ให้รหัสเกินมา
		DM	3	2	E11.9	E14.9	A	ให้รหัสผิด
		Cholecystectomy	4	P	426-21-00	426-21-19	A	ให้รหัสผิด
81448321	20/01/2015	Normal delivery	1	1	O80.9	O70.1	A	ให้รหัสผิด
		Second degree perineal tear	2	4	O70.1	O80.9	A	ให้รหัสผิด
		--	2	4	-	Z37.0	G	ให้รหัสไม่ครบ
		Assisted delivery with episiotomy	1	1	526-54-01	526-54-01	Y	

สรุปผลการตรวจ Error A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ F _____ G _____ H _____ จำนวนรหัสที่ผิด _____ รหัสทั้งหมด _____ ผิดพลาด _____ %

8C.4 การจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา

ผู้ตรวจสอบควรจัดทำรายงานผลการตรวจสอบ การสรุปปัญหา และ แนวทางการแก้ปัญหา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และ คุณภาพการให้รหัสผู้ป่วยใน

สถานพยาบาล

วันที่ตรวจสอบ ...10 เมษายน 2558.... ช่วงระยะเวลาของข้อมูลที่ตรวจสอบ ม.ค.- มี.ค. 2558

สุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 40 คน มีรหัส ICD ทั้งหมด 112 รหัส

ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพข้อมูล

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม 75.27 %

คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์ 85.75 %

คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น 95.0 %

คุณภาพการบันทึกประวัติ 72.35 %

คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย 67.5 %

คุณภาพการบันทึก Progress Note 52.5 %

คุณภาพการบันทึก Operative Note 85.17 %

คุณภาพการบันทึก Labour Record 95.0 %

คุณภาพการบันทึก Nurses' Note 87.25 %

ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD

ให้รหัสถูกต้อง 67.5 %

ให้รหัสผิด 32.5 %

ลักษณะความผิดพลาด

A	ให้รหัสผิดพลาด	12.5 %
B	มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก	0 %
C	รหัสด้อยคุณภาพ กำกวม	2.0 %
D	ให้รหัสไม่ครบทุกตำแหน่ง	4.5 %
E	ใช้รหัสสาเหตุการบาดเจ็บเป็นรหัสโรคหลัก	5.5 %
F	รหัสมีตัวเลขมากเกินไป	0 %
G	ให้รหัสไม่ครบ	3.5 %
H	ให้รหัสมากเกินไป	4.5 %

สรุปปัญหา

ปัญหาที่พบบ่อยคือ แพทย์วินิจฉัยโรครวม และ โรคแทรกไม่ครบ คำวินิจฉัยโรคบางคำยังขาดรายละเอียด การให้รหัสยังผิดพลาดในรายที่สลับซับซ้อน

สาเหตุ

สาเหตุหลัก มาจาก แพทย์ไม่สรุปโรคที่ไม่ได้อยู่สาขาวิชาที่ตนเองชำนาญ

วิธีการให้รหัสผิดพลาด ไม่ได้ตรวจสอบ Standard Coding Guideline

การขาดความรู้และความชำนาญในการให้รหัส

การแก้ปัญหา

1. มีระบบตรวจสอบและส่งเวชระเบียนให้แพทย์ทบทวน
2. กำหนดมาตรฐาน ให้ตรวจสอบแนวทางการให้รหัสใน Standard Coding Guideline
- 3.อบรมเพิ่มความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD

8D. การส่งออกข้อมูล

การส่งออกข้อมูลจาก โรงพยาบาล ไปสู่ภายนอก คือ การส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานภายนอกซึ่งอาจเป็นหน่วยงานที่เป็นต้นสังกัดของ โรงพยาบาล เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักทะเบียนราษฎร์ โรงพยาบาลเอกชน บริษัทประกันชีวิต โดยการส่งออกมีแนวทางมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นเอกสาร และ แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

8D.1 แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นเอกสาร

การส่งออกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไปยังหน่วยงานภายนอก ควรมีแนวทางมาตรฐานดังนี้

1. การส่งออกข้อมูลไปยังหน่วยงานภายนอกที่ไม่ใช่ต้นสังกัดของรพ.สต. ต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการเท่านั้น
2. ผู้ขอข้อมูลต้องส่งคำร้องพร้อมอธิบายเหตุผลที่ต้องการข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรมายังผู้อำนวยการก่อนการส่งออกข้อมูล โดยผู้อำนวยการสามารถปฏิเสธมิให้ข้อมูลได้หากพิจารณาแล้วว่าการให้ข้อมูลจะเป็นการปฏิบัติงานที่ผิดระเบียบหรือละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
3. ไม่ควรถ่ายเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยในส่งให้กับหน่วยงานอื่นภายนอก เพราะจะทำให้ผู้ขอข้อมูลได้ข้อมูลมากเกินไปเกินความต้องการ และอาจละเมิดความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับผู้ป่วยได้ ควรจัดทำเป็นรายงานแยกที่ตอบคำถามเฉพาะผู้ที่ร้องขอข้อมูลต้องการเท่านั้น
4. ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้ถือเป็นเอกสารลับ ต้องดำเนินการตามแนวทางจัดการเอกสารลับ เช่น ต้องใส่ซองปิดผนึกให้เรียบร้อย ไม่ให้ผู้รับถือกระดาษที่มีข้อมูลไปโดยไม่ใส่ซองปิดผนึก
5. การส่งออกข้อมูลต้องบันทึกลงในทะเบียนเอกสารส่งออกทุกครั้ง โดยบันทึกวันที่ เวลา ผู้รับ ให้ชัดเจนเพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบต่อไป

8D.2 แนวทางมาตรฐานการส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้ม

การส่งออกข้อมูลเป็นแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มไปยังหน่วยงานภายนอก ควรมีแนวทางมาตรฐานดังนี้

1. ก่อนส่งออกข้อมูล ผู้ที่รับผิดชอบควรตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง มีรายละเอียดที่ดี ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถส่งข้อมูลได้ครบถ้วน มีคุณภาพ
2. ส่งข้อมูลภายในเวลาที่กำหนด เช่น ภายในวันที่ 15 ของเดือนต่อไป หากไม่สามารถดำเนินการได้ ต้องชี้แจงเหตุผลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และดำเนินการส่งข้อมูลทันทีเมื่อพร้อม
3. การขอส่งข้อมูลเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อผิดพลาดให้สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องไม่ล่าช้าเกินกว่า 90 วันหลังจากให้บริการผู้ป่วย
4. หากโรงพยาบาล อนุญาตให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลโดยฝ่ายโรงพยาบาลไม่ต้องดำเนินการส่งข้อมูล ฝ่ายโรงพยาบาล ต้องรับผิดชอบดูแลให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้องก่อนถึงเวลาการดึงข้อมูล
5. แฟ้มข้อมูลที่กำหนดให้รายงานปีละ 1 ครั้ง ให้ส่งภายในเดือนที่กำหนด แต่หากมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลในแฟ้ม ให้ส่งข้อมูลแก้ไขเพิ่มเติมได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ครบรอบปี

บทที่ 9. แนวทางปฏิบัติมาตรฐานที่สำคัญแต่อาจยังปฏิบัติไม่ถูกต้องบางเรื่อง

โรงพยาบาล เป็นหน่วยงานบริการสุขภาพซึ่งให้บริการดูแลรักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมบริการมากมายหลายด้าน ทำให้มีกรณีปลิกย่อยต่างๆมากมายในการบันทึกข้อมูล บางเรื่องไม่มีแนวทางกำหนดไว้ชัดเจน ผู้ปฏิบัติจึงปฏิบัติไม่ตรงตามมาตรฐาน ในบทนี้จึงจะกล่าวถึงแนวทางปฏิบัติมาตรฐานที่สำคัญแต่อาจยังปฏิบัติไม่ถูกต้องบางเรื่อง 4 แนวทางดังนี้

1. แนวทางการบันทึกข้อมูลแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. แนวทางการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
3. แนวทางปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยนอกมารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่พบแพทย์
4. แนวทางปฏิบัติในกรณีไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาล แต่ต้องบันทึกข้อมูล

9A. แนวทางการบันทึกข้อมูลและจัดทำสถิติแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เมื่อผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก หรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หากแพทย์สั่งรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้ **ไม่ต้อง** นับรวมยอดเป็นผู้ป่วยนอกที่มาตรวจในวันนี้ และการบันทึกข้อมูลลงแฟ้มมาตรฐานให้บันทึกในแฟ้ม SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, DRUG_OPD, CHARGE_OPD, PROCEDURE_OPD แต่การนับสถิติผู้ป่วยนอก เนื่องจากรายนี้ในฟิลด์ TYPEOUT ของแฟ้ม SERVICE จะมีสถานะเป็น 2 คือรับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน จึงไม่นับยอดรวมเป็นผู้ป่วยนอกตามคำจำกัดความปี พ.ศ. 2559 ของกระทรวงสาธารณสุข

กรณีผู้ป่วยเจ็บครรภ์ รับเข้าห้องคลอด และ ผู้ป่วยมาเข้าหอผู้ป่วยในตามที่แพทย์นัดให้มานอนโรงพยาบาล **ไม่ต้อง** ลงบันทึกข้อมูลในแฟ้ม SERVICE, DIAGNOSIS_OPD, DRUG_OPD, CHARGE_OPD, PROCEDURE_OPD และไม่ต้องให้รหัส ICD เมื่อเข้ามารักษา ให้รอจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วจึงบันทึกข้อมูลในแฟ้ม ADMISSION และแฟ้มอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน

9B. แนวทางการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การให้รหัส ICD ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีหลักการสำคัญดังนี้

1. ห้ามใช้รหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค แพทย์จะต้องเขียนหรือพิมพ์คำวินิจฉัยโรคเป็นลายลักษณ์อักษรให้เสร็จสิ้นก่อนการให้รหัส ICD ทุกกรณี ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโรคจากพยาบาล พยาบาลก็ต้องเขียนหรือพิมพ์คำวินิจฉัยโรคเป็นลายลักษณ์อักษรให้เสร็จสิ้นก่อนการให้รหัส ICD เช่นกัน
2. การให้รหัส ICD จะต้องเขียนหรือพิมพ์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอยู่ใกล้กับกลุ่มคำวินิจฉัยโรค ใน OPD Cards หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยใน การเขียนรหัส ICD ต้องใช้ปากกาเขียน ห้ามใช้ดินสอ และต้องลงลายมือชื่อผู้ให้รหัสทุกครั้ง เพื่อให้รู้ว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบรหัสนี้
3. การให้รหัส ICD ในผู้ป่วยในนั้น จำนวนรหัส ICD ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนตรงกับจำนวนชื่อโรคที่แพทย์บันทึกไว้ ตำแหน่งของรหัส ICD ไม่จำเป็นว่าจะตรงตามตำแหน่งโรคที่แพทย์บันทึกไว้ เพราะมีกฎเกณฑ์การให้รหัสตาม Standard Coding Guideline ของกระทรวงสาธารณสุข ที่อาจทำให้จำนวนและตำแหน่งรหัสไม่ตรงกับชื่อโรคที่แพทย์บันทึกไว้
4. การให้รหัส ICD ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้องกระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น กรณีผู้ป่วยใน ต้องไม่ให้รหัสตอนเริ่มรักษา แต่ให้รหัสเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว กรณีผู้ป่วยนอก ถ้ามีการให้รหัส ICD ก่อนสิ้นสุดการรักษา เช่น ให้รหัสตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในห้องตรวจของแพทย์ที่ OPD ฯลฯ ต้องมีกระบวนการตรวจสอบและยืนยันรหัสเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน แล้วอีกครั้ง โดยผู้ให้รหัสต้องลงนามกำกับรหัส ICD ทุกรหัส เพื่อยืนยันความถูกต้องมีคุณภาพของรหัส ICD หากแพทย์หรือพยาบาลให้รหัส ICD โดยไม่มีผู้ใดยืนยันรหัสเมื่อสิ้นสุดวัน ให้ถือว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้นั้นเป็นผู้รับผิดชอบคุณภาพรหัส หากตรวจสอบพบว่า รหัส ICD ผิดพลาด แพทย์หรือพยาบาลผู้ให้รหัสต้องรับผิดชอบดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องตามกระบวนการตรวจสอบ และแก้ไขคุณภาพรหัสของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปีพ.ศ. ๒๕๕๙
5. โรงพยาบาลไม่ควรใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการให้รหัส ICD โดยผู้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใดๆที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการให้รหัส ICD ในสถานพยาบาลผิดพลาดต้องดำเนินการแก้ไข โดยนาระบบที่ทำให้เกิดการให้รหัส ICD ผิดพลาดออกไปจากโปรแกรม มิฉะนั้นจะถูกประกาศเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ไม่ได้มาตรฐาน โดยกระทรวงสาธารณสุข

9C. แนวทางปฏิบัติในกรณีผู้ป่วยนอกมารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่พบแพทย์

กรณีผู้ป่วยนอกมารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่พบแพทย์ เช่น มาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเอ็กซเรย์ตามนัด มาทำแผล ฉีดยา ฯลฯ โดยไม่ได้พบแพทย์ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ไม่ต้องนำเวชระเบียนหรือ OPD Cards ออกมาบันทึก
2. จัดให้มีสมุดทะเบียนเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการ เช่น สมุดทะเบียนผู้มาตรวจทางห้องปฏิบัติการตามนัด สมุดทะเบียนผู้มาตรวจเอ็กซเรย์ตามนัด สมุดทะเบียนผู้มาทำแผล ฉีดยา ฯลฯ
3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ บันทึกข้อมูลในสมุดทะเบียน และบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะบันทึกข้อมูลเข้าในแฟ้ม SERVICE โดยบันทึกฟิลด์ TYPEOUT ของแฟ้ม SERVICE เป็นรหัส 9 คือการให้บริการที่ไม่มีการวินิจฉัยโรค, PROCEDURE_OPD (ถ้ามีการทำหัตถการ), DRUG_OPD (ถ้ามีการจ่ายยา), CHARGE_OPD (ถ้ามีการคิดค่าบริการ) แต่ไม่ต้องบันทึกข้อมูลเข้าแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD เพราะไม่มีการวินิจฉัยโรคและการบันทึกเวชระเบียนโดยแพทย์
4. การนับสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะไม่นับรวมการบริการผู้ป่วยกรณีนี้ แต่จะนับเป็นสถิติการให้บริการของหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

9D. แนวทางปฏิบัติในกรณีไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการ แต่ต้องบันทึกข้อมูล

กรณีมีกิจกรรมที่ดำเนินการโดยไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการ เช่น ส่งเลือดหรือส่งส่งตรวจมาตรวจในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล แพทย์ออกไปรักษาผู้ป่วยภายนอก แพทย์ออกไปชันสูตรพลิกศพภายนอก ฯลฯ โดยไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ไม่ต้องนำเวชระเบียนหรือ OPD Cards ออกมาบันทึก ไม่ต้องบันทึกกิจกรรมเหล่านี้ในเวชระเบียน
2. จัดให้มีสมุดทะเบียนเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการ เช่น สมุดทะเบียนส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สมุดทะเบียนการออกไปชันสูตรพลิกศพ ฯลฯ
3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ บันทึกข้อมูลในสมุดทะเบียน และบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะบันทึกข้อมูลเข้าในแฟ้ม SERVICE โดยบันทึกฟิลด์ TYPEOUT ของแฟ้ม SERVICE

เป็นรหัส 9 คือการให้บริการที่ไม่มีการวินิจฉัยโรค, PROCEDURE_OPD (ถ้ามีการทำหัตถการ), DRUG_OPD (ถ้ามีการจ่ายยา), CHARGE_OPD (ถ้ามีการคิดค่าบริการ) แต่ไม่ต้องบันทึกข้อมูลเข้าแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD เพราะไม่มีการวินิจฉัยโรคและการบันทึกเวชระเบียนโดยแพทย์

4. การนับสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะไม่นับรวมการบริการผู้ป่วยกรณีนี้ แต่จะนับเป็นสถิติการให้บริการของหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

REFERENCES

1. Fahrenholz CG and Russon R. Documentation for Health Records. Chicago: American Health Information Management Association; 2013.
2. Ministry of Public Health. International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Thai Modification : Volume 5, Standard Coding Guideline. Nontaburi: Ministry of Public Health Thailand; 2014.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557) ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
4. วรธา เปอาินทร์. หลักการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีคุณภาพสำหรับแพทย์ในยุคปฏิรูปสารสนเทศ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
5. วรธา เปอาินทร์. ความรู้พื้นฐานการใช้รหัสโรคและรหัสผ่าตัดตามระบบ ICD. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
6. World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems 2nd ed: Volume II, Instruction Manual. Geneva: World Health Organization; 2005.
7. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
8. Horton LA. Calculating and Reporting Health Care Statistics. 4th ed. Chicago: American Health Information Management Association; 2012.



ISBN : 978-616-11-2840-1

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข