

คู่มือการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical
Record Audit Guideline)

ตามมติที่ประชุมวันที่ 27 ตุลาคม 2558

ณ ห้องประชุมสุขฤทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

คำนำ

ร่างคู่มือการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ฉบับนี้ รวบรวมตามมติที่ประชุม คณะทำงานประเมินเวชระเบียนจังหวัดเพชรบูรณ์ วันที่ 27 ตุลาคม 2558 ณ ห้องประชุมสุขฤทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัด ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยผ่านความเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ฝ่ายแผนและนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต. และตติยภูมิ รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป

อนึ่ง การบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ใช้เกณฑ์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2558 การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการให้รหัสใช้เกณฑ์ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2558 รายเอียด 43 เพิ่มมาตรฐาน และทางคณะทำงานได้เพิ่มหลักเกณฑ์และคำอธิบายบางส่วน เพื่อปรับใช้ประเมินในหน่วยบริการของจังหวัดเพชรบูรณ์ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

27 ตุลาคม 2558

การบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline)

ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 7 เรื่อง แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 1.1 Patient's profile
 - 1.2 History
 - 1.3 Physical examination
 - 1.4 Treatment/ Investigation
 - 1.5 Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)
2. เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.1 Operative note
 - 2.2 Informed consent

แนวทางการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมิน และแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วยแนวทางการพิจารณา (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกแผ่นที่ 1 หรือ หน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็น ส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จาก ระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกในใบคำร้องขอมี เวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล หรือ กรณีที่เขียนด้วยดินสอ โดยไม่มีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่กำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง....) HN และอายุ หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มี เฉพาะปีพ.ศ.ได้
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว <ul style="list-style-type: none"> ✧ กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ✧ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ✧ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” ✧ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ <ul style="list-style-type: none"> ✧ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก. ✧ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติให้ระบุ “<i>ไม่รู้สีกตัว</i>” หรือ “<i>ไม่มีญาติ</i>”
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีข้อมูลประวัติการแพทย์และประวัติการแพ้ต่างๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”) ไม่เคยรับประทานยานั้นๆเลยใส่ “ไม่ทราบ” , เคยรับประทานยานั้นแล้ว ให้ลง “ไม่มีประวัติการแพ้”
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ”หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูลชื่อและนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถ ระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ไม่ใช่ลายเซ็น)
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ใน ทุกแผ่น ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้า ที่ส่งให้ตรวจสอบ
ให้คะแนน /หักคะแนน	หัก 1 คะแนน กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไข นั้น ยกเว้นกรณีที่ มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

2. History :

2.1ประวัติการเจ็บป่วย(OP case) (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

แนวทางการพิจารณา เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรค ทั่วไป) หรือ ในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รับการรักษา ที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาที่ใด”
เกณฑ์ข้อที่ 3	บันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูล ที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา มติให้ลงว่า ไม่พบ U/D
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และประวัติความเจ็บป่วย ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีบันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0-14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history (กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA)
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่และระยะ เวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการ ดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว อายุมากกว่า 15 ปีให้มีบันทึกการซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราทุกราย
ให้คะแนน /หักคะแนน	1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถ ซักประวัติได้ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA 2) ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)

2. History :

2.2*รายละเอียดบริการส่งเสริมสุขภาพ (PP case) (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค กลุ่มผู้ไม่มีอาการเจ็บป่วย ครั้งนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 1	<p>ให้ระบุเหตุผลที่มารับบริการ</p> <p>1.ANC มารับบริการฝากครรภ์ ANCช่วงที่..... (ช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ ช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์) .</p> <p>2. POSTNATAL เยี่ยมหญิงหลังคลอด ครั้งที่.....</p> <p>3.NEWBORNCARE เยี่ยมเด็กหลังคลอด ครั้งที่.....</p> <p>3.EPI มารับบริการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ 2 เดือน</p> <p>4.FP ขอรับบริการวางแผนครอบครัว ยาเม็ด / ฉีด / ฝัง ยางอนามัย</p>
เกณฑ์ข้อที่ 2	<p>ให้ระบุรายละเอียด</p> <p>1.ANC อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม GA..... wk. G...P....A....L....last.....ปี LMP..... EDC.....</p> <p>2. POSTNATAL ข้อมูล ประวัติเดิม การตั้งครรภ์ครั้งที่.....วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์ สถานที่คลอด ประเภทของผู้ท่าคลอด จำนวนเกิดมีชีพ จำนวนตายคลอด *สรุปผลการตรวจมารดา หลังคลอด</p> <p>3. NEWBORNCARE น้ำหนักแรกคลอด(กรัม) ภาวะการขาดออกซิเจน ได้รับ VIT K หรือไม่ ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่ ผลการตรวจทารกหลังคลอด อาหาร(นม)ที่รับประทาน</p> <p>4.EPI วัคซีนรวมคอตีบ/ไอกรน/บาดทะยักคอตีบครั้งที่1วัคซีนโปลิโอชนิดกินครั้งที่1และ ตรวจพัฒนาการ ด้วยแบบประเมิน ไต ผลระดับพัฒนาการเด็ก อาหาร(นม)ที่รับประทาน (< 3 ปี) และเลิกตึ่มนมแล้ว > 3ปี</p> <p>5.FP วิธีการคุมกำเนิด ชื่อ/ชนิดของยาคุมกำเนิด ขนาดของถุงยาง</p>
เกณฑ์ข้อที่ 3	<p>บันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูล ที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา *มติให้ลงว่า ไม่พบ U/D</p>
เกณฑ์ข้อที่ 4	<p>มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และประวัติความเจ็บป่วย ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย</p>
เกณฑ์ข้อที่ 5	<p>มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้</p>
เกณฑ์ข้อที่ 6	<p>มีบันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ11–60 ปี) หรือประวัติVaccinationและ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ0–14 ปี) หรือ Social history หรือPersonal history (กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุNA)</p>
เกณฑ์ข้อที่ 7	<p>มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่และระยะ เวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการ ดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว</p> <p>*อายุมากกว่า 15 ปีให้มีบันทึกการซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราทุกราย</p>

3. Physical examination: การตรวจร่างกาย (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

แนวทางการพิจารณา เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและงานส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในครั้งนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึกวันเดือนปีและ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่เกิดการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint กรณีที่เกิดการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปีให้พิจารณาตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้ 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือ ค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย *งานส่งเสริมสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องบันทึก ในข้อนี้ ระบุ NA
ให้คะแนนเพิ่ม	เพิ่ม 1 คะแนน กรณี วินิจฉัยโรค รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด ไม่มีวินิจฉัยโรคที่เป็นคำย่อ

4. Treatment/ Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย เอกสารที่ใช้ประเมิน เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสีหรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้กรณีที่ เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing นั้น <ul style="list-style-type: none"> ✧ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA ✧ *กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจและมีบันทึกการสั่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ไม่ผ่านเกณฑ์ ✧ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณี ที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้จำนวนยาที่สั่งจ่าย กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยายกเว้นกรณีที่แพทย์ รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา
เกณฑ์ข้อที่ 5	กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนกต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา กรณีที่ไม่มีการส่งพบแพทย์อื่นให้เป็น NA
เกณฑ์ข้อที่ 6	บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up (มติดกลงว่าเมื่อไหร่ที่ลง FU จะต้องระบุเป็นวันที่นัดเท่านั้น)
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการ ตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (มติดกลงว่าหากเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ มีชื่อกำกับออกมา สามารถเซ็นชื่อได้ หากเป็นลายมือเขียน ต้องอ่านออก)
ให้คะแนน /หักคะแนน	กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก)

5. Follow up : การตรวจติดตาม (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

แนวทางการพิจารณา เวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บ้านที่กในการมารับบริการในครั้งนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึกประวัติหรือเหตุผลในการมา Follow up (มติดกลงว่าเมื่อไหร่ที่ลง FU จะต้องระบุเป็นวันที่นัดเท่านั้น)
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ตาคำ เคาะ ฟัง)
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้(Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีบันทึกการสั่งและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสีหรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้กรณีที่ เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing นั้น ✧ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA ✧ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจและมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์ ✧ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้NA
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจ รักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
ให้คะแนน /หักคะแนน	ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา(ภาคผนวกค.)

6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ แนวทางการพิจารณา (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

1. เอกสารบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่ บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำ หัตถการ
2. ตำแหน่งที่บันทึก มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้
 - 2.1 ใน OPD Card ใน Visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ
 - 2.2 แบบฟอร์มการทำผ่าตัด หรือหัตถการ หรือ
 - 2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ Operative note Medical Record Audit Guideline สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สภาการพยาบาล - สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
3. ในกรณีที่มีOperativenote หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมิน ให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียง บางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อ แพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถ นำมาใช้ในการประเมิน
5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตาม หลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัดซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้องและ ห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures)
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผลPathology หรือระบุในใบบันทึกว่า“รอผลPathology” หรือ“รอผล ชิ้นเนื้อ”
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีบันทึกวันเดือนปีและเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีความชำนาญ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ทุกครั้ง

7. Informed consent บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (เกณฑ์การประเมิน 7 ข้อ)

บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษาในครั้งนั้น

เกณฑ์ข้อที่ 1	มีบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
เกณฑ์ข้อที่ 2	มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ(โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด)ชื่อและนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้มีผู้ลงนาม ยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้ (1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีมีความ จำเป็น อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้อง ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง (2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า18 ปีถ้ามาคนเดียวและมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถ ให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบ ด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบ ภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น มติดกลงให้ลงว่า ขณะมารับบริการผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน
เกณฑ์ข้อที่ 3	มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจ ที่เป็น ความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)
เกณฑ์ข้อที่ 4	มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ
เกณฑ์ข้อที่ 5	มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป
เกณฑ์ข้อที่ 6	มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ
เกณฑ์ข้อที่ 7	มีการบันทึกที่ระบุวันเดือนปีและเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา ในส่วนของรพ.สตมติดกลงว่า สามารถให้ผู้มารับบริการเซ็นชื่อในใบสั่งยาได้เลย ยังไม่ต้องมีใบเซ็นยินยอมเหมือนของรพ.