



Document No. :	S/P-02-BDMS-011	Created Date :	25 Nov 2021
Business Unit :	Bangkok Dusit Medical Services Plc.	Issued Date :	10 Jan 2022
Document Type :	Policy (S/P)	Revision :	
BDMS Risk Domain:	Clinical		
Subject:	การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Documentation)		

### กรอบนโยบาย

เวชระเบียนเป็นเอกสารทางการแพทย์ ซึ่งรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นประวัติสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ในปัจจุบัน และการรักษาพยาบาล ซึ่งบันทึกไว้โดยทีมแพทย์ พยาบาล ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่มีการดูแลผู้ป่วย โดยเวชระเบียนจะต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เป็นปัจจุบันเพียงพอที่จะบอกให้ทราบถึงการวิเคราะห์โรค การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญ และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ อีกทั้งการบันทึกเวชระเบียนต้องครอบคลุมตามที่พระราชบัญญัติสถานพยาบาล กำหนดไว้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกประวัติการดูแลรักษา และทีมดูแลผู้ป่วยสามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงใช้ทบทวนกระบวนการดูแล รักษา และผลลัพธ์

### ขอบเขต

นโยบายนี้ครอบคลุมแนวทางการบันทึกของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งในรูปแบบการบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษร และบันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์

### นิยาม

คำศัพท์	ความหมาย
การวินิจฉัยโรคหลัก	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคั้งนี้ (ระบุได้เพียงโรคเดียว) กรณีที่เป็นเหตุสำคัญพอๆ กันในการเข้ารับการรักษ ให้ระบุโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด
การวินิจฉัยโรคร่วม	โรคที่พบร่วมกับโรคหลักในการเข้ารับการรักษาคั้งนี้ และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาในคั้งนั้น (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)

การวินิจฉัยโรค/ ภาวะแทรกซ้อน	โรคที่เกิดภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว และมีความรุนแรงมากพอที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นโรคแทรกที่มีเหตุมาจากโรคหลักหรือไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลักก็ได้
การวินิจฉัยโรคอื่นๆ	โรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงขึ้น หรือไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้นๆ ซึ่งอาจพบก่อนหรือ หลังเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้
เวชระเบียน	เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการส่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายถึงรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด รวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record -EMR)

### **หน้าที่และความรับผิดชอบ**

การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง ตามบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลได้แก่ ความครบถ้วน ความสมบูรณ์ และความถูกต้องในระบบอิเล็กทรอนิกส์ก่อนที่จะนำเข้าสู่ระบบ

### **แนวทางการปฏิบัติ**

1. การบันทึกเวชระเบียน ต้องมีข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายที่ใช้ในการจำแนกผู้ป่วยแต่ละรายออกจากกันได้อย่างชัดเจน เอกสารหรือแบบบันทึกทุกหน้า ต้องระบุข้อมูลเฉพาะในการบ่งชี้ผู้ป่วยแต่ละรายนั้นๆ
2. ข้อกำหนดด้านคุณภาพของเนื้อหา ต้องมีองค์ประกอบครบ 4 ด้าน ได้แก่

- 2.1 มีความครบถ้วน สมบูรณ์ มีข้อมูลสำคัญครบทุกหัวข้อ เพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในการสั่งการรักษาของแพทย์ ทราบการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย และสามารถให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในที่ร่วม รักษา สามารถให้การดูแล รักษาต่อได้
- 2.2 มีความถูกต้อง: เนื้อหา รายละเอียดตรงความเป็นจริง กรณีมีเหตุอันควรที่จะแก้ไขข้อความสามารถทำได้ ตามวิธีการที่กำหนดในแนวปฏิบัติของนโยบายนี้
- 2.3 มีความชัดเจน: มีรายละเอียด ด้วยลายมือที่อ่านได้ง่าย บันทึกโดยปากกาที่ไม่สามารถลบได้ ห้ามบันทึกด้วยตัว ย่ออันตราย และตัวย่อที่ไม่ผ่านการอนุมัติของโรงพยาบาล และเขียนบันทึกชื่อโรค/อาการ รหัสโรค หัตถการ การ ผ่าตัด เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 2.4 ความเป็นปัจจุบัน: มีข้อมูล รายละเอียดครั้งล่าสุดของผู้ป่วย สมบูรณ์ ในเวลาที่เหมาะสม ต้องบันทึกวันที่และ เวลาทุกครั้งที่ได้รับการรักษาใดๆ หรือในขณะที่สังเกตอาการ หรือโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
3. ผู้ที่อยู่ในทีมดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น ที่จะมีสิทธิ์ในการบันทึก รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ตามมาตรฐาน วิชาชีพ หรือตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์
4. เมื่อมีการมอบหมายให้เสมียนหรือผู้ช่วยแพทย์ ช่วยจัดทำเอกสารในเวชระเบียนผู้ป่วยต้องมีการลงนาม วันที่ และ เวลาการจัดทำเอกสาร และมีกระบวนการสำหรับแพทย์ผู้มอบหมายให้จัดทำเอกสารนั้น ตรวจสอบและรับรอง ความถูกต้องของเอกสารก่อนจัดเก็บเข้าระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล
5. ทุกๆ ข้อมูลที่บันทึก สามารถระบุตัวบุคคล วันที่ และเวลา ของการบันทึกข้อมูลดังกล่าวได้ โดยบ่งชี้ดังนี้
  - 5.1 กรณีบุคลากรทางการแพทย์ ชื่อ-นามสกุลเต็มที่ชัดเจน อ่านออก และตำแหน่ง หรือ ชื่อ และ เลขประจำตัว พนักงาน และตำแหน่ง หรือ ประทับตราวางชื่อ—นามสกุลเต็ม
  - 5.2 กรณีแพทย์ ระบุชื่อ และ Medical License Number หรือ ลายเซ็นใต้ ประทับตราวางชื่อ-นามสกุลเต็ม และ Medical License Number
6. แบบบันทึกเวชระเบียน ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งภาษาที่ใช้ในการบันทึก รูปแบบ รวมถึง ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการเวชระเบียน และ/หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำมาใช้
7. ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียน บันทึก อาการนำ ประวัติปัจจุบัน การตรวจร่างกายสอดคล้องกับปัญหาการ เจ็บป่วย การวางแผน/คำสั่งการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย หนังสือยินยอมรับการรักษา บันทึก ความก้าวหน้าการรักษา สัญญาณชีพ การวางแผนจำหน่าย คำแนะนำการปฏิบัติตน และใบสรุปการรักษา
8. แพทย์ผู้ทำการตรวจ และมีคำสั่งการรักษาให้รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน รวมถึงพยาบาลผู้รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ต้อง ทำการบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล
9. ในกรณีการทำหัตถการ ต้อง การวินิจฉัยผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด บันทึกเหตุผลความจำเป็นของ การทำหัตถการ ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ บันทึกรายงานการผ่าตัด ต้องดำเนินการโดยทันทีภายหลังการผ่าตัดสำหรับทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และเสร็จสิ้นก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด
10. การบันทึกรายงานการผ่าตัด ประกอบด้วยข้อมูล อย่างน้อยดังต่อไปนี้ การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ภายหลังผ่าตัด ชนิด/ชื่อการผ่าตัด ชื่อศัลยแพทย์และทีมแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด (ถ้ามี) ชื่อวิสัญญีแพทย์ และ วิสัญญี พยาบาล (ถ้ามี ชื่อพยาบาลผู้ส่งเครื่องมือ เทคนิคระดับความรู้สึก การจัดทำผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด สิ่งที่ตรวจพบ ในการผ่าตัด รายละเอียดขั้นตอนการผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ จำนวนเลือด และ บันทึกการส่งชิ้นเนื้อ หรือ การส่งวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

11. การบันทึกทางวิสัญญี ประกอบด้วยข้อมูล อย่างน้อยดังต่อไปนี้ ประเมินความพร้อมก่อนการทำวิสัญญี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการนำให้สลบ การดูแลระหว่างการดมยาสลบและการฟื้นจากสลบของผู้ป่วย รวมถึงขนาดของยา(Dosage) และระยะเวลาที่ให้ของยาที่ใช้แต่ละชนิด ยาอื่นๆ สารละลายทางเส้นเลือดเลือดหรือ ส่วนประกอบของเลือดที่ให้ผู้ป่วย
12. การบันทึกภายหลังการให้ยาทางวิสัญญี บันทึกภายหลังการให้ยา รวมถึงการบันทึกระดับความรู้สึกตัวของคนไข้ ผู้ป่วย ก่อนและหลังจากออกจากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพของผู้ป่วย สภาวะของสารน้ำต่างๆ และท่อต่างๆ ที่ทางวิสัญญีแพทย์เป็นคนใส่การบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย
13. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในแบบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่าย ได้แก่
  - ก. เหตุผลที่รับรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค โดยใบสรุปการจำหน่าย ต้องจำแนกประเภทการวินิจฉัยโรค เป็น 5 ประเภท ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคร่วม การวินิจฉัยโรค/ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรคอื่นๆ และ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (reason for admission, principle diagnose, and comorbidities)
  - ข. การตรวจร่างกายและอื่นๆที่มีนัยสำคัญ (significant physical and other finding)
  - ค. การตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการรักษา (diagnostic and therapeutic procedures performed)
  - ง. ยาที่ได้รับระหว่างการนอนโรงพยาบาลที่อาจส่งผลข้างเคียงแม้ว่างดใช้ยาแล้ว (medications administered during hospitalization with the potential for residual effects after the medication has been discontinued)
  - จ. รายการยารับประทานต่อที่บ้าน (all medications to be taken at home)
  - ฉ. อาการผู้ป่วย ณ เวลาที่กลับบ้าน (the patient's condition/status at the time of discharge)
  - ช. คำแนะนำการติดตามการรักษา (follow up instructions)
14. การบันทึกเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต การลงรายละเอียดและลงลายมือชื่อในหนังสือรับรองการตาย เป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ประกาศการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Pronouncing Physician) ไม่สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นทำแทนได้
15. แบบบันทึกใดๆ ที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ต้องอ่าน ทำความเข้าใจ รวมถึงลงนามรับทราบ หรือยินยอม ต้องห้ามบันทึกด้วยตัวย่อ คำย่อ หรือ สัญลักษณ์ แม้เป็นรายการที่ได้อนุมัติขึ้นทะเบียนตัวย่อแล้วก็ตาม ให้บันทึกด้วยภาษาที่ผู้ป่วยและหรือญาติ สามารถอ่านและเข้าใจได้ กรณีที่เอกสารดังกล่าวไม่สามารถจัดทำในภาษาที่ผู้ป่วยและญาติอ่านได้ การบันทึกนั้นๆ ต้องระบุชื่อผู้แปลภาษา
16. ห้ามมีการขีดฆ่า แก้ไข เพิ่มเติมข้อความ ในเอกสารลงนามแสดงความยินยอมทุกประเภท
17. แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์นั้น ๆ การบันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 14 วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล
18. การแก้ไขการบันทึกเอกสาร สามารถกระทำโดยการขีดเส้นทับข้อความนั้น ลงวันที่ เวลา ลายมือชื่อ และให้เขียนชื่อ-นามสกุลเต็ม หรือประทับตราลายชื่อ-นามสกุลเต็ม กำกับทุกครั้งโดยระบุด้วย ชื่อ-นามสกุลเต็มที่ชัดเจนและอ่านออก หรือประทับตราลายชื่อ-นามสกุลเต็ม กำกับทุกครั้ง กรณีลงนามกำกับข้อความด้วยลายเซ็น ให้แพทย์ระบุ Medical License Number

19. โรงพยาบาลต้องกำหนดวิธีการแก้ไข เพิ่มเติม ข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์ หรือ electronic file ภายหลังจากลงลายมือชื่อทางอิเล็กทรอนิกส์แล้ว (Final save) ให้มีการทวนสอบได้
20. กรณีมีการแก้ไข เปลี่ยนแปลง ข้อมูลทางการแพทย์ในเวชระเบียนระหว่างที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องมีการแจ้งทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆรับทราบโดยเร็วที่สุด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทางการแพทย์ อาจส่งผลกระทบต่อ การวางแผนการดูแลรักษาและอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
21. มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันมีองค์ประกอบดังนี้
  - 21.1 การบันทึกต้อง อ่านออก สื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจได้ ไม่เกิดความคลาดเคลื่อน
  - 21.2 มีการบันทึกทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีการประเมินหรือให้การรักษา
  - 21.3 มีการลงบันทึก อากาณำ ประวัติปัจจุบัน และการตรวจร่างกายสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย
  - 21.4 มีการลงบันทึกประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การผ่าตัด หรือประวัติในอดีตสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย
  - 21.5 การให้คำวินิจฉัย สอดคล้องกับการส่งตรวจและการรักษา
  - 21.6 การให้การรักษา/แผนการรักษาสอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย และเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์
  - 21.7 มีการบันทึกข้อมูลสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ถึงเหตุผลของการส่งตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษา
  - 21.8 มีการบันทึกข้อมูลสนับสนุนเหตุผลของการส่งปรึกษาแพทย์
  - 21.9 มีการบันทึกข้อมูลสนับสนุนเหตุผลของระดับของการให้การรักษา (Level of care: Appropriateness of Admission/ Length of Stay, Ward, ICU, OR, Transitional care, Refer, Discharge)
  - 21.10 มีการลงบันทึกผลการรักษาที่คาดหวังอย่างเป็นรูปธรรม
  - 21.11 มีการบันทึกข้อมูลในใบเคลมครบถ้วนสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
  - 21.12 ลงบันทึกตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนข้อมูลเพื่อช่วยเหลือให้มีผู้ได้ประโยชน์โดยมิชอบ
22. การบันทึกที่บิดเบือนข้อมูล ทำคำรับรองเอกสารอันเป็นเท็จ มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269, พระราชบัญญัติประกันวินาศภัย(ฉบับที่4) พ.ศ. 2562 มาตรา 108/4 และพระราชบัญญัติประกันชีวิต(ฉบับที่4) พ.ศ. 2562 มาตรา 114/4

## **ฝังงาน**

ไม่มี

## **ช่องทางการสื่อสาร และการอบรม (Communication Channel & Training)**

หลักสูตรการปฐมพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล, หลักสูตรการปฐมพยาบาลของแพทย์, การประชุมของ NSO, การประชุมของฝ่ายแพทย์ (MSO), ประกาศผ่านทาง Electronic mail (Outlook) เพื่อให้ศึกษาด้วยตนเองในระบบ eDocument

## **การเฝ้าติดตามและการวัดกระบวนการ/การบริการ**

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

## **เอกสารอ้างอิง**

1. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th edition, 2020.

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สภาการพยาบาล, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี 2557. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.

UNCONTROLLED COPY