

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	หน้า 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ WP-PONG-PCT-59	ฉบับที่ 3
เรื่อง การบันทึกและรายงานทางการแพทย์	วันที่เริ่ม 1 มีนาคม 2566
ผู้จัดทำ ทีม PCT	ผู้อนุมัติ นพ. นันทวัช เมตตากุลพิทักษ์

1. วัตถุประสงค์

1. เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
2. เป็นเครื่องมือสะท้อนการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
3. เป็นเครื่องมือที่ใช้แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง
4. เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

2. ขอบเขต

ใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยในทุกราย

3. คำนิยามศัพท์

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม และการบันทึกการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ตามแบบบันทึกทางการแพทย์ โดยสะท้อนถึงความชัดเจนในการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน และมีความครอบคลุมการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

4. เอกสารอ้างอิง

บันทึกทางการแพทย์ คร.ยวดี เกตุสัมพันธ์ กรรมการสภาการพยาบาล

5. นโยบาย

พยาบาลบันทึกและรายงานทางการแพทย์ ครอบคลุมการดูแลรักษาพยาบาล ในทุกระยะอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มีความชัดเจนในกระบวนการครบทั้ง 5 ขั้นตอน

6. ความรับผิดชอบ

พยาบาล : ทำการบันทึกทางการแพทย์ ที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะปัจเจกบุคคล แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ

บันทึกทางการแพทย์ประกอบด้วย

1. ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ
2. ใบฟอร์มปรอท
3. ใบบันทึกการพยาบาล
4. ใบจำหน่าย
5. ใบบันทึกการให้ยา (MAR)
6. ใบ DM chart
7. ใบ Dengue chart
8. ใบ N/S
9. ใบยินยอมการรับการรักษา/การผ่าตัด
10. ใบเยี่ยมบ้าน
11. ใบเตรียมผ่าตัด
12. ใบประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
13. ใบบันทึกการคลอด

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. พยาบาลบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายเกี่ยวกับ
 - 1.1 การประเมินสถานะสุขภาพแรกรับ บันทึกในรูปแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลเมื่อรับผู้ป่วย (แบบประเมินผู้ใช้บริการ) ให้บันทึกดังนี้
 - 1.2 บันทึกประเด็นปัญหาที่สำคัญที่พบจากการประเมินผู้ป่วย
 - 1.3 บันทึกพฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยที่แสดงภาวะสุขภาพที่คงรักษาให้มีสุขภาพดี หรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการพยาบาล/การดูแลรักษา หรือบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการดูแล มีความเฉพะเจาะจง สามารถสังเกต และวัดได้
 - 1.4 บันทึกข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นสำคัญที่พบจากการประเมินผู้ป่วย รวมถึงข้อมูล subjective data และ objective data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น (assessment) บันทึกสิ่งที่ปฏิบัติทันที
 - 1.5 บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังหรือติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ใบแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฟอร์มปรอท, ใบบันทึกการให้ยา, ใบ DM chart เป็นต้น
 - 1.6 บันทึกการจำหน่ายเฉพาะรายและแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในใบจำหน่าย ใบบันทึกทางการแพทย์
2. บันทึกข้อมูลโดยใช้หลักการบันทึกที่ดี มีคุณภาพดังนี้
 - 2.1 การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (clear)
 - 2.2 การบันทึกข้อมูลให้อ่านง่าย รัดกุม กระชับ ได้ใจความ (concise)
 - 2.3 การบันทึกข้อมูลไม่มีความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความที่ซ้ำซ้อน
 - 2.4 การบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน และตรงประเด็นกับปัญหาของผู้ป่วย

2.5 การบันทึกข้อมูลมีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เนื้อหาถูกต้องกระชับ คำย่อต้องเป็นที่ยอมรับ และเป็นสากล (correct)

2.6 การบันทึกข้อมูลครบถ้วน/ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (complete)

2.7 ข้อมูลมีความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ปฏิบัติ และน่าเชื่อถือ

2.8 เนื้อหาสาระของข้อมูลมีคุณค่าควรแก่การสื่อสาร ไม่ใช่ความรู้สึกของผู้บันทึก

2.9 ข้อมูลมีความต่อเนื่อง เรียงตามลำดับ ตามปฏิทิน ลงเวลาที่เกิดเหตุตามความเป็นจริง และเรียงลำดับความสำคัญ

2.10 ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด ให้ขีดเส้นคาดทับตัวหนังสือที่ผิดหนึ่งเส้นและเขียนชื่อผู้บันทึกกำกับด้วย

2.11 เขียนชื่อ สกุล ตำแหน่งผู้บันทึกด้วยบรรจง ภายหลังการบันทึกแต่ละช่วงเวลา กรณีใช้ตราประทับชื่อต้องมีลายเซ็นทับ (ต้องครบทั้ง 2 แบบ)

2.12 ทบทวน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ในการบันทึกและรายงานทางการแพทย์ในแต่ละเวรเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

ข้อควรระวัง

ถ้าไม่มีการบันทึกและรายงานทางการแพทย์ ถือว่าไม่ได้ปฏิบัติทางการแพทย์

8. ตัวชี้วัด

ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์เชิงคุณภาพ > 80%

9. Flow Chart

-

10. ภาคผนวก

-

