

โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ระเบียบปฏิบัติงาน	เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์		
รหัสเอกสาร : P-NUR-002	เริ่มใช้ : 1 เม.ย. 2554	พิมพ์ครั้งที่ : 1	แก้ไขครั้งที่ : -
			หน้า : 19

ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง

เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ		ลงชื่อ	ว/ด/ป
จัดทำโดย	องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก		1 เม.ย. 2554
ทบทวนโดย	นางสายพิน ใจเจริญ		1 เม.ย. 2554
อนุมัติโดย	พญ.ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล		1 เม.ย. 2554

บันทึกการแก้ไข

ฉบับที่	วันที่มีผลบังคับใช้	สถานะเอกสาร
1	1 เม.ย. 2554	บังคับใช้

สำเนาฉบับที่ :

เอกสารฉบับ

() ควบคุม

() ไม่ควบคุม

โรงพยาบาลมวกเหล็ก	หน้า : 1/19
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : P-NUR-002	ฉบับที่ : 1
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	วันที่ : 5 มกราคม 2553
แผนก : องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ : องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก	ผู้อนุมัติ : พญ.ศิริดา ภูริวัฒนพงศ์

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้เองโดยอิสระ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย
2. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล
3. วางแผนการพยาบาล
4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
5. ประเมินผลการพยาบาล

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 2/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
งานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก

วันที่ประเมิน.....HN.....ผู้ประเมิน.....

ลำดับ	รายการ	คะแนน	มี	ไม่มี	NA	หมายเหตุ	คะแนนที่ได้
1	A:การประเมินผู้ป่วยแรกรับ(รวม10 คะแนน)						
	1.1มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยครบถ้วน	1					
	1.2ระบุวันที่ เวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	1					
	1.3บันทึกอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	2					
	1.4มีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล	4					
	1.5ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมิน ให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้	2					
2	B:การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล(รวม 10คะแนน)						
	2.1 ระบุถึงกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้อง และครอบคลุมอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย	5					
	2.2 มีการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับอาการ/ปัญหาที่สำคัญอย่างเหมาะสม	2					
	2.3มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการพยาบาล	3					
3	E:การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง(รวม10คะแนน)						
	3.1 มีการประเมินผลและบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง	3					
	3.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลตามปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ตาม D-METHOD model	3					
	3.3 มีการประเมินผลที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัว และปัญหาของผู้ป่วย	2					
	3.4 มีการลงชื่อพยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้จำหน่ายให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้	2					
	รวมคะแนนที่ได้	30					
$\text{รวมคะแนน (\%)} = \frac{(\text{คะแนนที่ได้} \times 100)}{(30 - \text{คะแนนข้อ NA})}$							

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 3/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
งานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก

วันที่ประเมิน.....HN.....ผู้ประเมิน.....

ลำดับ	รายการ	คะแนน	มี	ไม่มี	NA	หมายเหตุ	คะแนนที่ได้
1	A: การประเมินผู้ป่วยแรกรับ(รวม10 คะแนน)						
	1.1 มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยครบถ้วน	1					
	1.2 ระบุวันที่ เวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	1					
	1.3 บันทึกอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	2					
	1.4 มีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล	4					
	1.5 ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมิน ให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้	2					
2	I: การบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล(รวม 10คะแนน)						
	2.1 ระบุถึงกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้อง และครอบคลุมอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย	5					
	2.2 มีการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับอาการ/ปัญหาที่สำคัญอย่างเหมาะสม	2					
	2.3 มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการพยาบาล	3					
3	E: การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง(รวม10คะแนน)						
	3.1 มีการประเมินผลและบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง	3					
	3.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลตามปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ตาม D-METHOD model	3					
	3.3 มีการประเมินผลที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัว และปัญหาของผู้ป่วย	2					
	3.4 มีการลงชื่อพยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้จำหน่ายให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้	2					
	รวมคะแนนที่ได้	30					
$\text{รวมคะแนน (\%)} = \frac{(\text{คะแนนที่ได้} \times 100)}{(30 - \text{คะแนนข้อ NA})}$							

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 4/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	ฉบับที่ : 1

คู่มือการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมวกเหล็ก

ให้กรอกรายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายตามความจำเป็นและลักษณะการตรวจ/การพยาบาลของแต่ละห้อง โดยเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และ/หรือ วงกลมรอบตัวอักษร สำหรับข้อที่ประเมินแล้วไม่มีปัญหาหรือการให้การพยาบาลให้ใส่เครื่องหมาย (-) ลงในช่องว่าง ดังต่อไปนี้

1. A : Assessment/triage การประเมินผู้ป่วยแรกรับ [รวม 10 คะแนน]

1.1. มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ H.N. สิทธิการรักษา ถ่ายรูปผู้ป่วย/ ผู้รับบริการทุกรายในแฟ้มประวัติ ลงบันทึกให้ครบถ้วน โดยให้เริ่มบันทึกข้อมูลตั้งแต่จุดทำบัตร (1 คะแนน)

1.2. ระบุวันที่ เดือน ปี และเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลที่จุดบัตร (1 คะแนน)

เวลาแรกรับ หมายถึง เวลาที่เจ้าหน้าที่แฉกคิว ประเมิน คัดกรอง และให้คำแนะนำขั้นตอนการบริการ

1.3. มีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

Triage หมายถึง การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองและประเมินอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (1 คะแนน)

E : Emergency (ภาวะฉุกเฉิน) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที และเร่งด่วน

U : Urgent (ภาวะรีบด่วน) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเกิดโรคอย่างเฉียบพลันที่สมควร ได้รับการรักษาโดยเร็ว ซึ่งสามารถรอได้ในระยะเวลา 20 นาที – 2 ชั่วโมง ซึ่งหากได้รับการ รักษาล่าช้า อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต

N : Non-urgent (ภาวะไม่รีบด่วน) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเป็นโรค เรื้อรังที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงแล้ว สามารถรอได้ถึง 2 ชั่วโมงโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

1.4. บันทึกอาการ และปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลที่จุดคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก (2 คะแนน)

อาการ และปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล หมายถึง อาการหลัก และ/หรือปัญหาที่สำคัญ เพียง 1-2 อย่างที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งนี้ร่วมกับระยะเวลาที่มีอาการดังกล่าวจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจ เช่น มีไข้สูงมา 2 วัน, มีไข้สูงและชักก่อนมา 1 ชั่วโมง, หรือปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียนมา 2 วัน เป็นต้น กรณีผู้ป่วยส่งต่อ (refer case) เช่น refer จาก ร.พ. ผ่า Dx CA lung เพื่อให้เคมีบำบัด, ส่งต่อจาก ร.พ. แพร์ มีก้อนที่เต้านม เป็นต้น กรณีที่นัดนอนโรงพยาบาล เช่น เป็นก้อนในปอด นัด Admit เพื่อผ่าตัด หรือแพทย์นัดมานอนร.พ. เพื่อส่องกล้อง เป็นต้น หรือกรณีส่งต่อจากห้องตรวจอื่น เช่น ส่งต่อจาก ห้องเบอร์ 6 เรื่องตกขาว, consult จาก OPD 1 เรื่องปากแห้ง เพดานโหว่ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมา ตรวจตามนัด เช่น F.U. Dx. Hypertension ไม่พบอาการผิดปกติ, F.U. Dx. Hyperthyroid เพื่อฟังผล TFT, F.U. Post Op. Hernia เพื่อดูแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น

1.5. ประวัติการแพ้ยา (1 คะแนน)

ปฏิเสธแพ้ยา หมายถึง ไม่เคยมีประวัติหรือไม่ทราบว่ามีการแพ้ยาเกิดขึ้น

มี หมายถึง เคยมีประวัติการแพ้ยา หากสามารถระบุชื่อยาที่แพ้ได้ ให้ระบุด้วย กรณีจำชื่อยาไม่ได้ ให้สอบถามลักษณะของยา หรือภาวะเจ็บป่วยโรคที่ผู้ป่วยเป็นในขณะนั้นก่อนได้รับยาตัวที่แพ้ เพื่อนำข้อมูลไปประมวลหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 5/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

1.6. การประเมิน หมายถึง การวัด vital sign หรือการประเมินเพิ่มเติมตามบริบทของแต่ละห้องตรวจ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง OFC , LMP และ oxygen saturation เป็นต้น โดยวัดและบันทึกให้ครบถ้วน สมบูรณ์มากที่สุดเพื่อประกอบการประเมินอาการและนำไปใช้ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย (2 คะแนน)

1.6. ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมินให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้ (2 คะแนน)

2. I : Implementation การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล [รวม 10 คะแนน]

2.1 ระบุถึงกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องและครอบคลุมกับอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยที่ BP. แรกรับ >140/90 mmHg และผู้ป่วยที่มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) (5 คะแนน)

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไข้สูง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการ/อาการแสดง วัด V/S เวลา 10.30 น. ให้ยาลดไข้ เช็ดตัว และแนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ ฝ้าระวังภาวะชัก เป็นต้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ค้นหาสาเหตุ ประเมินอาการ/อาการแสดง คำแนะนำ วัด V/S เวลา 11.00 น. ส่งเจาะเลือด และแนะนำให้จำกัดกิจกรรม เป็นต้น

2.2 มีการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสัมพันธ์กับอาการ/ปัญหาที่สำคัญ (2 คะแนน)

การเฝ้าระวัง หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลในการเฝ้าระวังอาการ/การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และการรักษาพยาบาลขณะรอตรวจเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยการดูแล สอบถามและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น เฝ้าระวังการเกิดภาวะชัก, การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดสารน้ำ, หรือการเฝ้าระวังภาวะช็อก เป็นต้น

2.3 มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล (3 คะแนน)

การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย เช่น เวลาน. ใช้ลดลง (T =° C), เวลาน. ความดันลดลง (BP = mmHg), เวลาน. O sat = % หรือเวลาน. อาการปวดทุเลา (pain score =) เป็นต้น

3. E: Evaluation การประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล/การดูแลอย่างต่อเนื่อง [รวม 10 คะแนน]

3.1 มีการประเมินและบันทึกปัญหา มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมี การระบุเรื่องที่สำคัญและจำเป็นในการให้บริการสุขภาพหลังจากการประเมินปัญหา ความต้องการของ ผู้ป่วย เช่น เรื่องโรค ยา สิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัด และการออกกำลังกาย เป็นต้น (3 คะแนน)

3.2 มีการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการ ให้สุขภาพศึกษาตาม D-METHOD model โดยคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ วงกลมรอบตัวอักษร เฉพาะหัวข้อที่มีการสอน (3 คะแนน)

D = Disease หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรค และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องกลับมาพบแพทย์

M = Medication หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้านตั้งแต่ ชนิด สรรพคุณ อาการข้างเคียง ขนาด วิธีใช้ วิธีเก็บ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 6/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก
 วันที่ประเมิน.....HN.....ผู้ประเมิน.....

ลำดับ	รายการ	คะแนน	มี	ไม่มี	NA	หมายเหตุ	คะแนนที่ได้
1	A:การประเมินผู้ป่วยแรกรับ(รวม10 คะแนน)						
	1.1มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยครบถ้วน	2					
	1.2ระบุวันที่ เวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	2					
	1.3บันทึกอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	2					
	1.4มีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล	4					
2	I:การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล(รวม 10คะแนน)						
	2.1 ระบุถึงกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้อง และครอบคลุมอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย	5					
	2.2 มีการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับอาการ/ปัญหาที่สำคัญอย่างเหมาะสม	2					
	2.3มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล	3					
3	E:การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง(รวม10คะแนน)						
	3.1 มีการประเมินผลและบันทึกปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง	3					
	3.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลตามปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ตาม D-METHOD model	3					
	3.3 มีการประเมินผลที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัว และปัญหาของผู้ป่วย	2					
	3.4 มีการลงชื่อพยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้จำหน่ายให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้	2					
	รวมคะแนนที่ได้	30					
$\text{รวมคะแนน (\%)} = \frac{(\text{คะแนนที่ได้} \times 100)}{(30 - \text{คะแนนข้อ NA})}$							

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 7/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	ฉบับที่ : 1

งานคุณภาพให้ความสำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลตั้งแต่เรื่องการประเมินสภาพตั้งแต่แรกรับ และสามารถแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง และให้การรักษาพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภทได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ในรายที่มีอาการแรงด่วน ดังนั้นกลุ่มการพยาบาลจึงมีการกำหนดนโยบายการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็น 3 ขั้นตอน A-I-E และกำลังพัฒนาให้เป็น 5 ขั้นตอน และครอบคลุมองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละที่ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ > 80%
2. อัตราความครบถ้วนถูกต้องของการบันทึก > 80%

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1. การประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยกระทำโดยโต๊ะบัตร และเวรเปลด้านหน้าห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
2. เมื่อผู้ป่วยถูกแยกประเภทมาจากด้านนอกห้อง พยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินสภาพผู้ป่วยอีกครั้งถ้าเป็นประเภท non urgent จะให้ผู้ป่วยกลับออกไปรอด้านนอก เช่น ผู้ป่วยแจ้งว่าเป็นหอบ เมื่อฟังปอดแล้ว Clear แต่ถ้าประเมินซ้ำแล้วเป็นประเภท Urgent หรือ Emergency จะได้รับการดูแลตามประเภทผู้ป่วย
3. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วยลงใน Com. อย่างเดียว เช่น ผู้ป่วยใช้สูง กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ วัด V/S ให้ยาลดไข้ เช็ดตัว เป็นต้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ วัด V/S Best rest วัด V/S ซ้ำ พบสูง รายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น
4. ประเมินผลการรักษาพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในบาง Case เช่น ผู้ป่วยใช้สูงโดยบันทึกผลลงใน Com. เพียงอย่างเดียว

หลักเกณฑ์ การสุ่มตรวจแบบประเมินและบันทึกการตรวจผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ใช้หลักเกณฑ์ของสปสช 5% ของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละเดือน
2. สุ่มโดยเรียงวันที่ของผู้มารับบริการของผู้ป่วยทั้งหมดในเดือนนั้น
ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยเดือน มีนาคม มีผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด จำนวน 483 ราย → 5% ของสปสช คือ 24 รายที่จะต้องถูกสุ่มมาตรวจ โดยสุ่มเอาผู้ป่วยที่มารับบริการทุกคนที่ 20....40....60..... จากการเรียงลำดับแล้ว ทำไปจนครบจำนวน 24 ราย
3. เมื่อสุ่มครบ 24 รายแล้ว นำมาตรวจสอบกับสมุดลงทะเบียนและ Com. ว่าผู้ป่วยประเภท Urgent , Emergency ใช้แบบประเมินและบันทึกการตรวจผู้ป่วยครบ 80%ตามตัวชี้วัดหรือไม่
4. นำผลคะแนนที่ได้มาคิดเปอร์เซ็นต์
5. นำเปอร์เซ็นต์ที่ได้มาเทียบกับตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ คืออัตราความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึก > 80%

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 8/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

แบบประเมินคุณภาพของกรบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก

วันที่ประเมิน.....

ลำดับ	รายการ	คะแนน	มี	ไม่มี	คะแนนที่ได้รับ	หมายเหตุ
1	A;การประเมินผู้ป่วยแรกรับ 1.1 มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยครบถ้วน 1.2 ระบุวันที่ เวลา แกรับผู้ป่วยในในการดูแล 1.3 บันทึกอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 1.4 มีการประเมินและคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล 1.5 ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมิน ให้ชัดเจนสามารถอ่านออกได้	10 2 1 3 2 2				
2	D:ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 2.1 จำแนกประเภทผู้ป่วยได้เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการการพยาบาลตามระบบ 2.2 กำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิด เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มจะเกิด 2.3 มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ 2.4 มีการระบุปัญหาที่เป็นปัจจุบันเมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการ ดูแล 2.5 มีการบันทึกปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อ ส่งต่อ	10 2 2 2 2 2				
3	P:การวางแผนการพยาบาล 3.1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ถูกต้องและครบถ้วน 3.2 กำหนดแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันที่แสดงถึง ความปลอดภัยมุ่งแก้ไขปัญหาตอบสนองความต้องการที่ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย 3.3 เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและครอบครัวของ ผู้ป่วยในการวางแผนดูแลเพื่อความครอบคลุม 3.4 มีปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบันทึกการวางแผนการพยาบาลให้ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	10 2 2 2 2				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 9/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

	3.5 มีการสื่อสารแผนการพยาบาลให้สมาชิกในทีมการพยาบาล และสหวิชาชีพให้เข้าใจ ทั้งวาจา เอกสารลายลักษณ์อักษร	2				
4	I:การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล	10				
	4.1 ระบุกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องและครอบคลุม อาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและสอดคล้องกับแผนการรักษา	2				
	4.2 มีการเฝ้าระวังอาการ/วัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วย	2				
	4.3 มีบันทึกการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพเพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วน	2				
	4.4 มีการบันทึกการจับความเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบาย	2				
	4.5 มีการบันทึกกิจกรรมพยาบาลที่ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน	2				
5	E:การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง	10				
	5.1 มีการประเมินและบันทึกปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง	2				
	5.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตาม D-METHOD model	3				
	5.3 มีการประเมินผลที่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัว และปัญหาของผู้ป่วย	3				
	5.4 มีการลงชื่อพยาบาล/ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลผู้จำหน่ายให้ชัดเจน อ่านออกได้	2				
	รวม	50				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 10/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

A : Assessment/triage การประเมินผู้ป่วยแรกรับ

- มีการบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ H.N. สิทธิการรักษาให้ ครบถ้วน ติดป้ายชื่อที่ข้อมือ มาโดยรถนั่ง รถนอน(2)

- ระบุวันที่ เดือน ปี และเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (1)

เวลาแรกรับ หมายถึง เวลาที่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยมาถึงและจัดลงที่เตียงรับใหม่ เปลี่ยนชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาล และได้รับคำแนะนำสถานที่และการปฏิบัติตนขณะอยู่รพ.

- บันทึกอาการ และปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล (3)

อาการ และปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล หมายถึง อาการหลัก และ/หรือปัญหาที่สำคัญ เพียง 1-2อย่าง ที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งนี้ร่วมกับระยะเวลาที่มีอาการดังกล่าวจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจ เช่น มีไข้สูงมา 2 วัน, มีไข้สูงและชักก่อนมา 1 ชั่วโมง, หรือปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียนมา 2 วันเป็นต้น กรณีผู้ป่วยส่งต่อ (refer case) เช่น refer จากรพศ.สระบุรี Dx CA lung เพื่อให้รักษาแบบประคับประคองตามอาการ, ส่งต่อจากรพสต.ด้วยมีแผลกดทับและติดเชื้อขนาดใหญ่ หรือ รับย้ายจากแผนกสูติกรรม ด้วยหลังคลอด2วันมีตัวเหลือง MB 16mg% ตรวจตามนัด เช่น F.U. Dx. DM พบว่า ระดับน้ำตาล 350mg%เพื่อปรับยา เป็นต้น

- มีการประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้(2)

1. 4a ผู้ป่วยที่อาการหนักมาก และต้องการการดูแลตลอดเวลา
2. 3a ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และต้องการดูแลมากตลอดเวลา
3. 3b ผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องการดูแลมาก
4. 2a ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการดูแลมากตลอดเวลา
5. 2b ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการดูแลมาก
6. 2c ผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางและต้องการดูแลปานกลาง
7. 1a ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นแต่ต้องการดูแลมากตลอดเวลา
8. 1b ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นแต่ต้องการดูแลมาก
9. 1c ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นและต้องการดูแลปานกลาง
10. 1d ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นและต้องการดูแลน้อย

- **ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธแพ้ยา** หมายถึง ไม่เคยมีประวัติหรือไม่ทราบว่ามีการแพ้ยาเกิดขึ้น

มี หมายถึง เคยมีประวัติการแพ้ยา หากสามารถระบุชื่อยาที่แพ้ได้ ให้ระบุด้วย กรณีจำชื่อยาไม่ได้ให้สอบถามลักษณะของยา หรือภาวะเจ็บป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็นในขณะนั้นก่อนได้รับยาตัวที่แพ้ เพื่อนำข้อมูลไปประมวลหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 11/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

- การประเมิน หมายถึง การวัด vital sign neuro sing หรืออื่นเช่น น้ำหนัก ส่วนสูง , LMP และ oxygen saturation เป็นต้น โดยวัดและบันทึกให้ครบถ้วน สมบูรณ์มากที่สุดเพื่อประกอบการประเมินอาการและนำไปใช้ในการจำแนกประเภทผู้ป่วย
- ระบุชื่อพยาบาลผู้ประเมินให้ชัดเจน สามารถอ่านออกได้ (2)

D: Diagnosis การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

- นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์ เพื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบ มีการระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและ/หรือปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ และมีการระบุปัญหาและความต้องการดูแลต่อเนื่อง

ปัญหาทางการแพทย์พยาบาล หรือ การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเสี่ยงต่อการเกิดหรือไม่มีปัญหาแต่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสิ่งดังกล่าวพยาบาลมีสิทธิและ ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทวิชาชีพได้ เช่น พრ่งในการดูแลด้านสุขภาพ, การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง, มีไข้, ปวดแผล, เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก, เสี่ยงต่อการชัก เป็นต้น

P:planning

มีการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้มีความปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต หรือจัดการกับอาการรบกวนความสบายของผู้ป่วยไว้เป็นอันดับแรก

- วางแผนการจัดการปัญหาภาวะวิกฤติ/ฉุกเฉินตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวทางการดูแลการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ และมีการรายงานแพทย์ให้ทันเวลา
- วางแผนตอบสนองความต้องการ ความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจเช่น การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน การดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม หรือกรณีเป็นเด็กเปิดโอกาสให้บิดามารดา/ผู้เลี้ยงมีส่วนร่วมในการดูแล
- วางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยง/การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เช่นการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง ลื่นล้ม ,การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล, การเกิดแผลกดทับ, อันตรายจากอาการข้างเคียงของยา /เลือด,อันตรายจากการให้ออกซิเจน

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 12/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

I : Implementation การบันทึกกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล

- ระบุถึงกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องและครอบคลุมกับอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ(2)

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยใช้สูง

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการ/อาการแสดง วัด v/s เวลา 10.30 น. ให้ยาลดไข้ เช็ดตัวและแนะนำ ให้ดื่มน้ำมาก ๆ ไข้ระวังภาวะชั้ก เป็นต้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ค้นหาสาเหตุ ประเมินอาการ/อาการแสดง วัด v/s เวลา 11.00 น. ส่งเจาะเลือด และแนะนำให้จำกัดกิจกรรม เป็นต้น

ผู้ป่วยมีเลือดออกจุมูก กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการ/อาการแสดง วัด v/s

เวลา 11.00 น. Nasal packing จัดทำให้เหมาะสม และรายงานแพทย์ ส่งเจาะเลือด สอน/แนะนำให้สังเกตอาการ ผิดปกติและวิธีในการดูแลตนเอง เป็นต้น

- มีบันทึกการเฝ้าระวังอาการและหรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสัมพันธ์กับอาการ/ ปัญหาที่สำคัญ และบันทึกเป็นปัจจุบันตามอาการของผู้ป่วย(2)

การเฝ้าระวัง หมายถึง กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลในการเฝ้าระวังอาการ/การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นและให้ การรักษาพยาบาลขณะรอดตรวจเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยมีการดูแล สอบถาม และ สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น เฝ้าระวังการเกิดภาวะชั้ก, การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดสารน้ำ, หรือการเฝ้าระวัง ภาวะ shock เป็นต้น

- มีบันทึกที่สามารถใช้สื่อสารในทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพได้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายเช่น มี ประสานงานให้หนักกายภาพมาทำpassive exercise และหนักกายภาพมาทำให้แล้วเวลา ผู้ป่วยหลังทำเป็น อย่างไร สอนญาติแล้วสามารถทำได้หรือไม่ (2)
- มีการบันทึกกิจกรรมพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น พลัดตกหกล้ม การแพ้ยาต่างๆ(2)
- บันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและอาการรบกวนต่างๆเช่น อาการเจ็บปวด ไอ คลื่นไส้ มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล(2)

การประเมินผล หมายถึง การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย เช่น เวลาน. ใช้ลดลง =.....° C, เวลาน. ความดันลดลง BP =..... mmHg, เวลาน. O2 sat = % หรือ เวลาน. อาการปวดทูละ pain score =... เป็นต้น

ตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการปวดประเมินpain score 8 ค่ะแนะนำได้รับยาแก้ปวดโดยมีการ รายงานแพทย์เวรทราบ หลังฉีดหรือได้ยาแก้ปวดแล้วมีการพักนอนได้ อาการปวดลดลง pain score 5 ลงเวลา...

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 13/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	ฉบับที่ : 1

E: Evaluation การประเมินผลทางการแพทย์/การดูแลอย่างต่อเนื่อง

- มีการประเมินและบันทึกปัญหา มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการระบุเรื่องที่สำคัญและจำเป็นในการให้บริการสุขศึกษาหลังจากการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เช่น เรื่องโรค ยา สิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัด และการออกกำลังกายเป็นต้น (2)

- มีการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้สุขศึกษาตาม D-METHOD model โดยคำนึงถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล(3)

D = Disease หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรค และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องกลับมาพบแพทย์

M = Medication หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานที่บ้านตั้งแต่ชนิด สรรพคุณ อาการข้างเคียง ขนาด วิธีใช้ วิธีเก็บ การใส่ระวังอาการไม่พึงประสงค์ และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น

E = Economic + Environment หมายถึง การให้คำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ เช่น การติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เช่น การประกันสังคม สิทธิการรักษา สวัสดิการต่าง ๆ รวมถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

T = Treatment หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องทำต่อเนื่อง การดูแล และการปฏิบัติตัวพิเศษเฉพาะโรค

H = Health หมายถึง การให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การขยับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพ

O = Out patient หมายถึง การให้คำแนะนำการใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัยในการบำบัดต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด หรือการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

D = Diet หมายถึง การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และสภาวะของความเจ็บป่วย

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 14/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

- มีการประเมินผลที่สอดคล้องกับความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัว และปัญหาของผู้ป่วย(3)

การประเมินผลการให้สุขศึกษา หมายถึง การประเมินผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่องในโรค และปัญหาที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจ ปฏิบัติได้ หรือ ต้องสอนซ้ำ เป็นต้น

ความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง หมายถึง มีการส่งใบติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และลงเวลาที่ผู้ป่วยจำหน่าย ประวัติการรักษาที่ได้รับจนถึงขั้นแล้ว เน้นเรื่องที่จะส่งให้ดูแลต่อ ให้กับทีมเยี่ยมบ้านของหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ ส่งต่อสถานอื่นนามัย เช่น ทำแผลหรือตัดไหมที่สถานอื่นนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ ตามดูแลเรื่องการฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

- ระบุชื่อพยาบาล / ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลผู้จำหน่ายให้สามารถอ่านออกได้ หมายถึง การลงลายมือชื่อพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ทำการให้บริการสุขศึกษาและการสรุปผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยเขียนตัวบรรจง และสามารถอ่านออกได้(2)

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 15/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์	ฉบับที่ : 1

แบบประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์
งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมวกเหล็ก
วันที่ประเมิน.....

ลำดับ	รายการ	คะแนน	มี	ไม่มี	คะแนนที่ได้รับ	หมายเหตุ
1	A: การประเมินปัญหาและความต้องการ ระยะก่อนคลอด	10				
	1.6 มีการบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพในระยะแรก - ประเมินปัญหาและความต้องการ ผู้คลอดเบื้องต้นได้ทันที - วินิจฉัยความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจให้การพยาบาลได้ทันที - รวบรวมปัญหา ครบถ้วน ประวัติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ - วิเคราะห์ข้อมูลประเมินได้ เพื่อบอกความรุนแรงและประเภทผู้ป่วย	2				
	1.7 มีการบันทึกการประเมินในระยะดูแลต่อเนื่อง - ประเมินภาวะจิตสังคมผู้มาคลอด - ประเมินวิตกกังวล ทักษะในการลดความเจ็บปวด (severity) - ติดตามเฝ้าระวัง ดูแลความก้าวหน้าของการคลอด สภาพทารกในครรภ์ ระยะและความแรงของ FHS สัญญาณชีพ และความเพียงพอของสารน้ำและอาหาร (แบบเฝ้าระวังการคลอด)	2				
	1.8 มีการรายงานข้อมูลในการประเมินปัญหาและความต้องการเป็นลายลักษณ์อักษร - บันทึกรายงานแพทย์ - เขียนรายงาน อาการเป็นระบบต่อเนื่องเชื่อมโยง ตั้งแต่รับจนออกจากห้องคลอด	2				
	ระยะคลอด					
	1.9 มีการตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลคลอด	1				
	1.10 มีการประเมินข้อมูลของผู้คลอด จากผลการติดตามเฝ้าระวัง และอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	1				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 16/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

	<u>ระยะหลังคลอด</u> 1.11 มีการประเมินสภาพปัญหา และความต้องการของมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง 1.12 มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล	1				
2	D:การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล <u>ระยะก่อนคลอด</u> 2.1 มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะแรกเริ่มและ ระยะการดูแลต่อเนื่อง 2.2 มีการกำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิด เกิดขึ้นแล้ว หรือมีแนวโน้มจะเกิด (ดูจาก บันทึกทางการแพทย์พยาบาล) 2.3 มีการกำหนดข้อวินิจฉัยใหม่ เพื่อพบข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหาและความต้องการ และความก้าวหน้าเปลี่ยนแปลง 2.4 บันทึกข้อมูลจากการประเมินปัญหา ได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง <u>ระยะหลังคลอด 2 ชม.</u> 2.5 มีการกำหนดข้อวินิจฉัยได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของมารดาและทารก 2.6 มีการกำหนดข้อวินิจฉัยใหม่ เพื่อพบข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหาและความต้องการ และความต้องการของมารดาและทารกเปลี่ยนแปลงไป 2.7 บันทึกการประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลให้ครบถ้วนต่อเนื่อง	7				
3	P:การวางแผนการพยาบาล <u>ระยะก่อนคลอด</u> 3.1 มีการบันทึกจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดแผนการพยาบาลผู้มาคลอดแต่ละราย 3.2 มีการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้มาคลอดแต่ละรายสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ	11				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 17/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

	3.3 มีการบันทึกการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล	1				
	3.4 มีการปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาของผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง	1				
	3.5 รายงานแผนการพยาบาลให้สมาชิกทีม ให้เข้าใจและปฏิบัติตามแผนในแต่ละเวร ทั้งวาจาและลายลักษณ์อักษร (แบบส่งต่อเวร)	1				
	3.6 บันทึกแผนการพยาบาลผู้มาคลอด ถูกต้องและครบถ้วน ระยะหลังคลอด 2 ชม.	1				
	3.7 บันทึกจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดแผนการพยาบาล ของมารดาและทารกแต่ราย	1				
	3.8 มีการกำหนดแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยพยาบาล	1				
	3.9 มีการบันทึก การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของ มารดาและ ครอบครัว	1				
	3.10 มีการบันทึกปรับแผนให้สอดคล้องกับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของ มารดาทารก	1				
	3.11 มีการสื่อสารและบันทึกแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง	1				
4	I: การปฏิบัติการพยาบาล <u>ระยะก่อนคลอด</u>	12				
	4.1 มีการเตรียมผู้คลอดตามแนวทางปฏิบัติ(No ANC)	1				
	4.2 มีการบันทึกการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด และ ครอบคลุม - ความต้องการ อาหารและน้ำ/ การขยับถ่าย - การแก้ไขความทุกข์สบาย และปลอดภัย - การป้องกันความเสี่ยง ตกเตียง ติดเชื้อ คลอดบนเตียงรอคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำแตก หรือรั่ว	2				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 18/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

<p>- ส่งเสริมทักษะ ในการลดความเจ็บครรภ์ การหายใจ การเบ่งคลอด</p> <p>- การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ กรณีความก้าวหน้าการคลอดระยะที่ 1 ล่าช้า</p>					
<p>4.3 มีการบันทึกการรายงานแพทย์ทันที ที่พบสัญญาณผิดปกติ ทั้งผู้คลอด และทารกในครรภ์</p>	1				
<p>4.4 มีการบันทึกการย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดได้ทันที เมื่อเข้าสู่ระยะ Active Phase ของการคลอดระยะที่ 1</p> <p><u>ระยะคลอด</u></p>	1				
<p>4.5 มีการตรวจสอบความถูกต้องรายบุคคล</p>	1				
<p>4.6 มีการบันทึกการดำเนินการเพื่อช่วยคลอดตามมาตรฐาน</p> <p><u>ระยะหลังคลอด</u></p>	2				
<p>4.7 มีการจำแนกมารดาและทารกตามความต้องการ สอดคล้องกับมาตรฐาน</p>	1				
<p>4.8 มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะผิดปกติที่อาจเกิด พร้อมช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด 2 ชม.</p>	1				
<p>4.9 มีการส่งเสริมการให้ Breast feeding ในมารดาที่ไม่มีข้อบกพร่อง</p>	1				
<p>4.10 มีการประเมินความพร้อมก่อนการย้ายมารดาและทารก เช่น สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก</p>	1				
<p>4.11 มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล กรณีมีความคุกคามต่อชีวิต และภาวะแทรกซ้อน รายงานแพทย์ได้ทันเวลา ประสานงานส่งต่อ และแจ้งข้อมูลอาการและการรักษาแก่มารดา และครอบครัว ส่งต่อตามระบบส่งต่อของหน่วยงาน</p>	1				

ระเบียบปฏิบัติงานเลขที่ : P-NUR-002	หน้า : 19/19
เรื่อง : เกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	ฉบับที่ : 1

5	E:การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง	10				
	<u>ระยะก่อนคลอด</u>					
	5.1 มีการประเมินและตรวจสอบ ผลการตอบสนอง หลังการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่อง ในการเตรียมคลอด การเฝ้าระวังความก้าวหน้า	1				
	5.2 มีการเปิดโอกาสให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพยาบาล	1				
	5.3 บันทึกและรายงานการพยาบาลในระยะก่อนคลอด ครบถ้วน	2				
	<u>ระยะคลอด</u>					
	5.4 ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยคลอด	2				
	5.5 บันทึกรายงานเกี่ยวกับข้อมูลการพยาบาลในระยะคลอดให้สมบูรณ์ ครบถ้วน	2				
	<u>ระยะหลังคลอด</u>					
	5.6 ประเมินผลความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอด 2 ชม. และปรับปรุงแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	2				
	รวม	50				