

**แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1. บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึก การให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2. ใบบันทึกของสาขาวิชาชีพ เช่น ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note ใบ Consult ใบนักกายภาพ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้น พยาบาลวิชาชีพได้ลงลายมือชื่อกำกับกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

แนวทางการบันทึก

มีการบันทึกองค์ประกอบทางการพยาบาลโดยใช้หลักการเขียนที่ครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง กระชับชัดเจน ได้ใจความ แสดงถึง การดูแลเอาใจใส่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Caring) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Giving) ความพร้อมช่วยเหลือ สนับสนุน (Supporting) การสอนให้คำแนะนำ (Teaching) การติดตามตามแผนที่วางไว้ (Monitoring) โดยประเมินตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) และกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ประกอบด้วย

1. บันทึกข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และการพยาบาล ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ประกอบด้วย
 - 1.1 อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย และระยะเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
2. บันทึกการประเมินอาการ อาการแสดงและระบุปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย
 - 2.1. การประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและมีข้อมูลสนับสนุนจากการประเมิน กับการประเมินอาการอาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา/ความต้องการที่ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา/วัน
 - 2.2. การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาที่สำคัญ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
 - 2.3. มีการประเมินซ้ำ โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือวัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการ และอาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้นหรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (Early detection)และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้
เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา

3. มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ช่วยลดปัญหา หรือลดอาการรบกวนหรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหา ตัวอย่างได้แก่
 - 3.1. การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
 - 3.2. การดูแลความสุขสบาย (Care and Comfort) และการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ(Symptom distress management)
 - 3.3. การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ
 - 3.4. กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)
 - 3.5. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) และการจัดการในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน
 - 3.6. การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ
 - 3.7. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)
4. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การพยาบาล ประกอบด้วย
 - 4.1. บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด หรือ การให้เลือด (ถ้ามี)
 - 4.2. บันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัดโดยบันทึก วัน เดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น
5. บันทึกการประเมินความต้องการได้รับข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาหรือสุขภาพด้านอื่นๆ
6. บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน และมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย
 - 6.1. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และระบุนาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับ ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็นเป็นระยะ ในช่วงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - 6.2. กิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเสริมพลัง (Empowerment)
 - 6.3. บันทึกข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว
7. กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่าย
 - 7.1. บันทึกประเภทการจำหน่าย โดยระบุวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย ชัดเจน

- 7.2. บันทึกการประเมินสภาพอาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- 7.3. บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่ต้องส่งต่อสถานบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7.4. กรณีจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho support ญาติ หรือผู้ดูแลช่วยเหลือญาติ
8. กรณี ผู้ป่วยย้ายแผนกภายในหน่วยบริการ หรือส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer) ที่หน่วยบริการอื่น บันทึกข้อมูลการส่งต่ออาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ย้ายไปและรับย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายไป และหน่วยงานที่รับย้าย กรณี Refer ไปโรงพยาบาลอื่นระบุอาการ อาการแสดงก่อน Refer และระบุชื่อสถานพยาบาลที่จะ Refer
9. บันทึกวันเดือนปี และเวลา ดังนี้
 - 9.1. แกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
 - 9.2. ระหว่างการดูแล โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันเหตุการณ์ และการตอบสนอง มีการบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบการให้ยา (Medication Administration Record) และบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย
10. มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุ นามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก
11. บันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
งานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีทั้งหมด 9 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึกถูกต้องตามเกณฑ์ ให้ 1 คะแนน กรณี เวชระเบียนฉบับนั้นๆไม่มีหัวข้อที่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA
 HN..... AN..... Date admitted Date discharged.....

เกณฑ์ประเมิน	คะแนน
1. มีการประเมินแรกรับ : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง และ อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย	
2. การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	
3. มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention) 3.1. ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสถานะของผู้ป่วย และ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์ กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้นหรือ ช้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection)และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา	
3.2. ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือ กิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)	
4. มีการบันทึกการตอบสนองการรักษาพยาบาล 4.1. มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์	
4.2. มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี)	
4.3. มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลในเหตุการณ์ที่สำคัญ (ถ้ามี)	
4.4. มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลการให้เลือด (ถ้ามี)	
4.5. มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง	

เกณฑ์ประเมิน	คะแนน
5. มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้ปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่น ๆ	
6. มีการบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน มีการระบุนาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และ หรือ การฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือ การฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว	
7. มีการบันทึกการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 7.1. การระบุนาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย	
7.2. กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนือง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)	
7.3. ระบุนาข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
8. มีการบันทึกการประสานการดูแลต่อเนือง	
8.1. มีการระบุนาข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	
8.2. มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)	
9. มีการบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ	
9.1. การบันทึกวันเดือนปี และเวลา	
9.1.1. แรกรับ : ระบุนาวันเดือนปี และเวลา แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล	
9.1.2. ระหว่างการดูแล :	
<input type="checkbox"/> มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันท่วงทีและการตอบสนอง	
<input type="checkbox"/> มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์	
<input type="checkbox"/> มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)	
9.1.3. ก่อนจำหน่าย: ระบุนาวันเดือนปี และ เวลา ที่จำหน่ายชัดเจน	
9.2. การลงลายมือชื่อ	
9.2.1. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้	
9.2.2. มีการลงลายมือชื่อและนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)	

หมายเหตุ หัก ข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

(1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

(2) บันทึกวัน เวลา ในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record)

ไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

รวมคะแนน คิดเป็นร้อยละ.....

ข้อควรปรับปรุง.....

.....