



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-010

หน้า : 1 / 14

วันที่เริ่มใช้ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2544

แก้ไขครั้งที่ 5 : 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

เรื่อง : การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน : คณะอนุกรรมการบริหารการพยาบาล

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กพย. รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสะท้อนการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
3. เพื่อใช้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการประกันคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
5. เพื่อใช้แสดงถึงการพัฒนาเอกสิทธิ์ทางวิชาชีพพยาบาล
6. เพื่อใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

นโยบาย

พยาบาลทำการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลตามแบบบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม การดูแลรักษาพยาบาลในทุกๆระยะอย่างต่อเนื่อง แบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย โดยบันทึก การพยาบาลผู้ป่วยทุกรายใช้หลักกระบวนการพยาบาลครบทั้ง 5 ขั้นตอน และสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ได้

ขอบเขต

ใช้ในการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลผู้ป่วยทุกรายในความรับผิดชอบของกองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

คำจำกัดความ

การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการเขียนหรือการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการให้บริการพยาบาลลงในแบบบันทึกเวชระเบียน (Medical Record) หรือเอกสารการพยาบาลดิจิทัล หรือ เอกสารการพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์ (Digital Nursing Document / Electronic Nursing Document) โดยมีข้อมูลที่แสดงถึงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกการประเมินผล การตอบสนองของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายตามแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทุกขั้นตอนสะท้อนคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

หน้าที่รับผิดชอบ

พยาบาลทำการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลแบบ องค์รวมในลักษณะปัจเจกบุคคล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายรวมถึงการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ

แบบบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| 1. Nursing Admission Database | ND-001-1/63 |
| 2. Short-stay Nursing Admission Database | ND-016/63 |
| 3. Nursing Focus List | ND-015/57 |
| 4. Nursing Progress Note | ND-005(1)/57 |



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-010

หน้า : 2 / 14

วันที่เริ่มใช้ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2544

แก้ไขครั้งที่ 5 : 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

เรื่อง : การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน : คณะอนุกรรมการบริหารการพยาบาล

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กพย. รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

- | | |
|---|--------------|
| 5. Critical Care Record | ND-005(2)/57 |
| 6. Vital Signs Graphic Record | ND-012/52 |
| 7. Monitoring Record | ND-014/63 |
| 8. Daily Nursing Activity Checklist | ND-009/58 |
| 9. Intake / Output | รพ.ร.ร.6 |
| 10. Surgical Checklist | ND-033/61 |
| 11. Perioperative Nursing Record | ND-004/45 |
| 12. Performance Checklist Blood and Blood Component Administration | ND-006/55 |
| 13. Nursing Discharge Summary | ND-011/58 |
| 14. Medication Administration Record ประกอบด้วย | |
| 14.1 ยารับประทาน (สีชมพู) | ND-010/56 |
| 14.2 ยาฉีด (สีขาว) | ND-010/61 |
| 14.3 ยา order for one day | ND-010/63 |
| 14.4 ยาทางภายนอก/ยาพ่น/ยาอื่น ๆ (สีม่วง) | ND-010/56 |
| 15. Treatment Record | ND-013/56 |
| 16. INTRAVENEOUS FLUID RECORD | ND-018/68 |
| 17. แบบบันทึกการพยาบาล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน | |
| 17.1 คัดกรอง (Triage), Discharge Summary | PAPF 078 |
| 17.2 Nursing Progress Note | PAPF 082 |
| 17.3 Nursing Intervention Record | PAPF 083 |
| 17.4 แบบบันทึกสัญญาณชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน | PAPF 084 |
| 17.5 Medication Record ยาฉีด | PAPF 085 |
| 17.6 ใบบันทึกบาดแผล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน | PAPF 086 |
| 18. แบบบันทึกการให้บริการวิสัญญี | |
| 18.1 PRE-ANASTHETIC ASSESSMENT RECORD | |
| 18.2 ANESTHETIC RECORD | |
| 18.3 POST ANESTHETIC RECOVERY RECORD | |
| 18.4 ANESTHETIC SUMMARY (รวมอยู่ใน WI PACU) | |



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-010

หน้า : 3 / 14

วันที่เริ่มใช้ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2544

แก้ไขครั้งที่ 5 : 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

เรื่อง : การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน : คณะอนุกรรมการบริหารการพยาบาล

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กพย. รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การบันทึกทางการพยาบาลใช้หลักการบันทึกที่ดี มีคุณภาพ ดังนี้
 - 1.1 บันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (Clear)
 - 1.2 บันทึกข้อมูลให้อ่านง่าย กระชับ ได้ใจความสำคัญ (Concise)
 - 1.3 บันทึกข้อมูลตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย (Relevant individual)
 - 1.4 บันทึกข้อมูลใช้ภาษาและอักขระที่ถูกต้อง เหมาะสม คำย่อเป็นสากล (Correct)
 - 1.5 บันทึกข้อมูลจริงตามที่ปฏิบัติและน่าเชื่อถือ
 - 1.6 บันทึกข้อมูลโดยไม่ใส่ความรู้สึกของผู้บันทึก
 - 1.7 บันทึกข้อมูลโดยเรียงลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ตามเวลาจริงและเรียงวันตามปฏิทิน
 - 1.8 การบันทึกข้อมูลที่ผิดพลาดห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด ให้ขีดเส้นทับตัวหนังสือที่ผิดหนึ่งเส้นและลงลายมือชื่อผู้บันทึกกำกับด้วยหมึกสีน้ำเงิน
 - 1.9 ผู้บันทึกลงลายมือชื่อ-สกุลและตำแหน่งด้วยตัวบรรจง กรณีใช้ตรายางประทับชื่อต้องมีลายเซ็นกำกับ
 - 1.10 กรณีบันทึกทางการพยาบาลแต่ละช่วงเวลาไม่สิ้นสุดบรรทัด ให้ขีดเส้นบรรทัดและเขียนชื่อ สกุล และตำแหน่งผู้บันทึกกำกับตามข้อ 1.9
2. การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยแรกรับ ให้บันทึกในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลแรกรับผู้ป่วย (Nursing Admission Database / Short-stay Admission Database) โดยบันทึกประเมินและบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ภายใน 8 ชั่วโมงหรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง
3. การบันทึกประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยให้บันทึกในรูปแบบ Focus Charting ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - 3.1 ส่วนที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ (Focus List)
 - 3.2 ส่วนที่เป็นเนื้อหาข้อมูลของแต่ละประเด็นปัญหาสำคัญ (Nursing Progress Note/Critical Care Record)โดยบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ในเอกสารบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น Monitoring Record, Vital Signs Graphic Record, Intake/Output, Medication Administration Record, Daily Nursing Activity Checklist เป็นต้น
4. การบันทึกด้านการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมถึงการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ (Nursing Discharge Summary) ให้บันทึกตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครบถ้วน ชัดเจน
ข้อควรระวัง หากพยาบาลไม่มีการบันทึกและรายงานการพยาบาลถือว่าไม่ได้ปฏิบัติตามการพยาบาล



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-010

หน้า : 4 / 14

วันที่เริ่มใช้ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2544

แก้ไขครั้งที่ 5 : 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

เรื่อง : การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน : คณะอนุกรรมการบริหารการพยาบาล

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กพย. รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทั้งฉบับ \geq ร้อยละ 90
- ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงปริมาณ \geq ร้อยละ 90
- ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพ \geq ร้อยละ 90
- ร้อยละของการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยหน.หอผู้ป่วย ร้อยละ 100
(1HN : 1 Open chart : 1 WK) (4 แพ้ม/ เดือน = 100%)
- ร้อยละของการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยพยาบาล \geq ร้อยละ 90
(1 RN : 1 Open chart : 1 WK) (4 แพ้ม/ เดือน = 100%)

เอกสารอ้างอิง

- พจนีย์ อีระกุล. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. Focus charting. เอกสารประกอบโครงการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อการบริหารหอผู้ป่วย. รุ่นที่12 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563.

ภาคผนวก

- ผผนวก ก แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (FND-016/68)
- ผผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ประกาศใช้ ณ วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

พ.อ.หญิง

(วรรัญญา โลสุยะ)

ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-010

หน้า : 5 / 14

วันที่เริ่มใช้ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2544

แก้ไขครั้งที่ 5 : 14 ตุลาคม พ.ศ. 2568

เรื่อง : การบันทึกและรายงานทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน : คณะอนุกรรมการบริหารการพยาบาล

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กพย. รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ก แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (FND-016/68)



| | |
|---|-----------------------------|
| กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 | FND-016/68 |
| แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล Nursing Audit Chart | แก้ไขครั้งที่ 3 มีนาคม 2568 |

หน่วยงาน/หอผู้ป่วย..... แผนกพยาบาล..... (รพ.ร.ร.6) วันที่.....

ผู้ประเมิน..... ตำแหน่ง..... ผู้รับการประเมิน..... RN level.....

1RN : 1 Open Chart : 1/WK (4 chart=100%) 1RN : 1 Open Chart : 1/WK (4 chart/1RN=100%) Closed Chart

ปริมาณ: 0 - ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง 1 - มีข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ 2 - ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์

คุณภาพ: 0 - ไม่มีคุณภาพ/ไม่ตรงประเด็น 1 - มีบางส่วน 2 - มีส่วนใหญ่ 3 - มีครบถ้วน/สมบูรณ์

| ลำดับ | ประเด็นการประเมิน | ปริมาณ | | | คุณภาพ | | | |
|-------------------------------|--|--------|---|---|--------|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ทั่วไป | 1. การบันทึกทางการพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน ด้วยลายมืออ่านออกชัดเจนทั้งฉบับ | | | | | | | |
| | 2. การบันทึกเวลา, วันที่, เดือน, ปีพ.ศ. และลงลายมือชื่อครบถ้วน ด้านออกชัดเจนทั้งฉบับ | | | | | | | |
| การประเมินเนื้อหา | 3. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับ (CC, PI, PH) | | | | | | | |
| | 4. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family Illness History) การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งในรภาพของผู้ป่วยและครอบครัว | | | | | | | |
| | 5. การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ ยา, อาหาร, อื่นๆ) และอาการที่แพ้ (Allergies) การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย | | | | | | | |
| | 6. การประเมินสภาพร่างกายครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย | | | | | | | |
| | 7. การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (Discharge Planning Need) | | | | | | | |
| | 8. การระบุประเด็นปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวมตามลำดับปัญหา (Focus list) | | | | | | | |
| | 9. การระบุเป้าหมาย / ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal / Outcome) | | | | | | | |
| การบันทึกการพยาบาล | 10. การระบุวันที่เริ่มปัญหา / วันสิ้นสุดปัญหาเพื่อแสดงสถานะปัญหาที่เป็นปัจจุบัน | | | | | | | |
| | 11. การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ / ความต้องการของผู้ป่วย (Focus : F) | | | | | | | |
| | 12. การประเมิน (Assessment : A) | | | | | | | |
| | 13. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention : I) | | | | | | | |
| | 14. การประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation : E) | | | | | | | |
| | 15. การประเมินซ้ำ / การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status Update) | | | | | | | |
| การจำหน่าย | 16. การบันทึกวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ตั้งแต่แรกรับ | | | | | | | |
| | 17. การบันทึกข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ / การสอนทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Health Promotion) | | | | | | | |
| | 18. การบันทึกข้อมูลสะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ / มีทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Health Promotion and Health Literacy) | | | | | | | |
| | 19. การบันทึกการดูแลต่อเนื่องและสิ่งส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (Continuity of Care) | | | | | | | |
| | 20. การบันทึกสรุปการรักษารักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย (Nursing Discharge Summary) | | | | | | | |
| คะแนนรวมแต่ละด้าน | | (40) | | | (60) | | | |
| คะแนนรวมทั้งหมด (Total score) | | | | | | | | |

ปัญหา / ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

วิธีการประเมินบันทึกทางการพยาบาล ให้ ✓ ลงในช่องขวามือของข้อมูลแต่ละข้อที่ตรงกับข้อมูลที่ตรวจพบ และสรุปคะแนนลงในแต่ละหัวข้อ โดยแบ่งการประเมินดังนี้

1. ด้านปริมาณ (Quantity) แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การให้คะแนน ออกเป็น

0 คะแนน = ไม่มีข้อมูล/ข้อมูลไม่ถูกต้อง (None)

1 คะแนน = ข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์ (Partly)

2 คะแนน = ข้อมูลครบถ้วน/สมบูรณ์ (Complete)

2. ด้านคุณภาพ (Quality) แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การประเมิน ออกเป็น

0 คะแนน = ไม่มีการบันทึก

1 คะแนน = มีการบันทึกน้อยกว่า 50%

2 คะแนน = มีการบันทึกมากกว่า 50%

3 คะแนน = มีการบันทึกครบ 100%

ประเด็นด้านข้อมูลทั่วไป

| ประเด็นด้านข้อมูลทั่วไป | |
|--|--|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ |
| 1. มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจนทั้งฉบับ | |
| 0 = บันทึกทางการพยาบาลไม่ถูกต้องเช่น บันทึกผิดคน หรือไม่มีการบันทึก | 0 = ไม่มี การบันทึกทางการพยาบาล หรือ มีการบันทึกผิดคนหรืออ่านไม่ออกทุกแห่ง |
| 1 = มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ไม่ครบทั้งฉบับ | 1 = มี การบันทึกทางการพยาบาลด้วยข้อมูลผู้ป่วยถูกคน ครบถ้วน ลายมืออ่านออกชัดเจน ใช้ตัวย่อสากล ไม่ใช้ปากกาลบคำผิดเป็นบางแห่งน้อยกว่า 50% |
| 2 = มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ครบถ้วนทั้งฉบับ | 2 = มี การบันทึกทางการพยาบาลด้วยข้อมูลผู้ป่วยถูกคน ครบถ้วน ลายมืออ่านออกชัดเจน ใช้ตัวย่อสากล ไม่ใช้ปากกาลบคำผิดเป็นส่วนใหญ่มากกว่า 50% |
| | 3 = มี การบันทึกทางการพยาบาลด้วยข้อมูลผู้ป่วยถูกคน ครบถ้วน ลายมืออ่านออกชัดเจน ใช้ตัวย่อสากล ไม่ใช้ปากกาลบคำผิดทั้งฉบับ 100% |
| 2. มีการบันทึกเวลา , วันที่ , เดือน , ปีพ.ศ. ลงลายมือชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพผู้บันทึก ครบถ้วน อ่านออกชัดเจนทั้งฉบับ | |
| 0 = ไม่มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก | 0 = ไม่มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก ทุกแห่ง |
| 1 = มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก ไม่ครบทั้งฉบับ | 1 = มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก เป็นบางแห่งน้อยกว่า 50% |
| 2 = มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก ครบถ้วนทั้งฉบับ | 2 = มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก เป็นส่วนใหญ่มากกว่า 50% |
| | 3 = มี การบันทึกเวลา วันที่ และลงลายมือชื่อและนามสกุลพยาบาลผู้บันทึก ทั้งฉบับ 100% |
| <p>หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประเมิน : แบบบันทึกทางการพยาบาลทุกฉบับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงลายมือชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งของพยาบาลผู้บันทึกให้ใช้ตราปั๊มชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง ได้ แต่ต้องเซ็นกำกับด้วย - ใบบันทึกการให้ยา (MAR) ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลและตำแหน่งได้ - ใบ Nursing progress note ให้วงเล็บหัวเวลาของเวรด้วยถึงจะสมบูรณ์ เช่น (08-16 น.), (16-24น.), (00-08น.) และกรณีขึ้นหน้าใหม่ ต้องเขียนวันที่และหัวเวลาของเวรอย่างต่อเนื่อง - ใบ Nursing progress note การลงชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งของผู้บันทึกในแต่ละครั้ง ให้ลงตามเวลาที่เขียน focus เช่นเวลา 10.00 น. Focus เรื่องเสียงต่อ Fall , A : ... , I : ... ถ้ายังไม่มี E.... ให้ลงชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง 1 ครั้ง (และเมื่อเวลา 15.00 น. มา E : ก็ลงชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งอีกครั้ง) แต่ถ้าทำครบกระบวนการ มีทั้ง A I E ในเวลานั้นๆ ให้ลงชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งหลัง E ได้เลย - เอกสารที่มีช่องหรือจุดไขว้ปลาเพื่อให้เติมข้อมูลต้องระบุข้อมูล หากไม่มีการระบุข้อมูลถือว่าบันทึกไม่ครบถ้วน | |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการประเมินสภาพ | |
|---|--|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (1 ข้อ = 1 คะแนน , 2 ข้อ = 2 คะแนน, 3 ข้อ = 3 คะแนน) |
| 3. | การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับ (Chief Complain , Present Illness , Past Illness History) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับ CC , PI , PH | (1) บันทึกถูกต้องตรงตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยที่มา รพ. (Correct) |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับ CC , PI , PH <u>แต่ไม่ระบุระยะเวลา</u> | (1) บันทึกอาการสำคัญ , อาการเจ็บป่วยปัจจุบันและการเจ็บป่วยในอดีตพร้อมระบุระยะเวลาที่สัมพันธ์/ สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยที่มา รพ. (Complete) |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแรกรับ CC , PI , PH อย่างถูกต้อง <u>ครบถ้วน</u> | (1) บันทึกครบถ้วน ถูกต้อง ตามที่ระบุในหมายเหตุ เสร็จสิ้นภายในเวรแรกรับ |
| หมายเหตุ การบันทึก PH - กรณีเลือก No ถือว่ามีการบันทึกครบ (ทั้งนี้ต้องตรวจสอบจากแบบบันทึกอื่นๆร่วมด้วย) - กรณีเลือก Yes ให้ระบุรายละเอียดโรคประจำตัวว่าเป็นกี่ปี รักษาอย่างไรและรักษาที่ไหน ตัวอย่างการบันทึก PH : เช่น HT มาประมาณ 10 ปี รักษาด้วยยา รพ.ร.ร.6 | หมายเหตุ การบันทึก CC : บันทึกอาการหลักของผู้ป่วยที่ต้องมารพ. 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลาที่เกิดอาการ - กรณีแพทย์นัดมาผ่าตัด/ทำหัตถการให้ระบุ เช่น พ.นตมา Admit วันนี้เพื่อ Plan ทำผ่าตัด..... - กรณี refer ให้ระบุว่ามาจากไหนด้วยเรื่องอะไร เช่น Refer จากรพ.ราชวิถีวันนี้เพื่อใช้สิทธิเบิกเป็นต้น การบันทึก PI และ PH : บันทึกอาการหรือเหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการป่วยจนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นด้วยการซักถาม what (เป็นอะไรมา) , when (เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่) , why (เพราะเหตุใด) , how (อย่างไร) |
| 4. | การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family Illness History) และ การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจและสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยและครอบครัว |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกข้อมูล | (1) มีข้อมูลรายละเอียดความเจ็บป่วยของครอบครัว ภาวะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวครบถ้วนเสร็จสิ้นภายในเวรแรกรับหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ (Complete) |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูล <u>ไม่ครบถ้วน</u> | (1) ข้อมูลถูกต้อง สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ สอดคล้องกับประวัติของผู้ป่วยเฉพาะราย (Correct) |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลอย่าง <u>ครบถ้วน</u> | (1) การบันทึกด้วยตัวอักษร อ่านง่าย ชัดเจน ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| 5. | การบันทึกประวัติการแพ้ / อาการที่แพ้ และการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกข้อมูล | (1) การบันทึกข้อมูลการแพ้ / อาการที่แพ้ และการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เสร็จสิ้นภายในเวรแรกรับหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ (Complete) |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูล <u>ไม่ครบถ้วน</u> | (1) การบันทึกข้อมูลการแพ้ / อาการที่แพ้ และการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยถูกต้องตามประวัติที่เป็นจริงของผู้ป่วยเฉพาะราย (Correct) |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลอย่าง <u>ครบถ้วน</u> | (1) การบันทึกข้อมูลการแพ้ / อาการที่แพ้ และการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยถูกต้องตามที่ระบุในหมายเหตุ |
| หมายเหตุ กรณีเลือก No แต่ตรวจสอบเวชระเบียนพบประวัติแพ้ยา <u>ถือว่าไม่มีการบันทึกข้อมูล</u> | หมายเหตุ ประวัติการแพ้ได้แก่ แพ้ยา/แพ้อาหาร/ฯลฯ ให้บันทึกการแพ้และอาการ <u>ด้วยปากกาสีแดง</u> |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการประเมินสภาพ | |
|--|--|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (1 ข้อ = 1 คะแนน , 2 ข้อ = 2 คะแนน, 3 ข้อ = 3 คะแนน) |
| 6. | การประเมินสภาพร่างกาย ครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย |
| 0 = ไม่มีการประเมินสภาพร่างกาย | (1) มีการบันทึกข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายความเจ็บป่วยครบถ้วน หมายถึงมีการเลือก <input type="checkbox"/> ครบทุกข้อ และประเมินให้เสร็จสิ้นภายในเวรแรกรับ (Complete) |
| 1 = มีการประเมินสภาพร่างกาย แต่ไม่ครบทุกระบบ | (1) การบันทึกข้อมูลถูกต้องเป็นจริง สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยหรือปัญหาและสภาวะของผู้ป่วยเฉพาะราย (Correct) |
| 2= มีการประเมินสภาพร่างกายครบถ้วนทุกระบบ (หมายถึงมีการเลือก <input type="checkbox"/> ครบทุกข้อ) | (1) บันทึกด้วยตัวอักษรอ่านออก ชัดเจน ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| 7. | การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Discharge Planning Need) |
| 0 = ไม่มีการประเมินความต้องการวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วย (Discharge Planning Need) | (1) มีการบันทึกข้อมูลการประเมินความต้องการวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยครบถ้วน ตามหลัก DMETHOD ให้เสร็จสิ้นภายในเวรแรกรับหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ (complete) |
| 1 = มีการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยแต่ไม่ครบถ้วน | (1) การบันทึกถูกต้องเป็นจริงสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วย และสภาวะของผู้ป่วยเฉพาะราย (correct) |
| 2= มีการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน | (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ด้วยตัวอักษรอ่านออกง่าย ชัดเจน ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (clear) |
| <p>หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประเมิน : แบบบันทึก Nursing Admission Database และ แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินแรกรับให้บันทึกโดยสะท้อนข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและบันทึกให้เสร็จภายในเวรแรกรับหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ - การบันทึกหมู่เลือดและการแพ้ ให้บันทึกด้วยหมึกสีแดง - ให้บันทึกข้อมูลตามคู่มือการใช้เอกสาร แบบบันทึก Nursing Admission Database และ แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database - กรณีใช้แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database ให้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการและผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลไม่เกิน 5 วัน - กรณีใช้แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database แต่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเกิน 5 วัน ให้เปลี่ยนแบบบันทึกเป็น Nursing Admission Database ฉบับเต็ม - กรณีใช้แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database แต่ผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วยเพื่อไปสังเกตอาการโดยแผนการรักษายังคงให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลไม่เกิน 5 วัน สามารถใช้แบบบันทึก Short-stay Nursing Admission Database ฉบับเต็มได้ | |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการบันทึกการพยาบาล | |
|---|---|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (≤ 3 ข้อ = 1 คะแนน , 4-5 ข้อ = 2 คะแนน, 6 ข้อ = 3 คะแนน) |
| 8. | การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus list) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย | (1) มีการระบุประเด็นปัญหาการพยาบาล (Focus) ที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายแบบเฉพาะราย |
| 1 = <u>มี</u> การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม <u>แต่ไม่ครบถ้วนทุกปัญหา</u> | (1) มีการระบุประเด็นปัญหาการพยาบาล (Focus) สอดคล้อง/สัมพันธ์กับเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่กำหนด (Goals/Outcomes) |
| 2 = <u>มี</u> การระบุประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในภาพรวมอย่าง <u>ครบถ้วน</u> ทุกปัญหาและตามสถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วย | (1) มีการบันทึกเรียงลำดับเวลาก่อน-หลังตามประเด็นปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้นถูกต้องตามความเป็นจริง (Correct) |
| <u>หมายเหตุ</u> การบันทึกประเด็นปัญหาสำคัญ ให้บันทึกในรูปแบบ Nursing Diagnosis กรณีเขียนปัญหาใน Nursing progress note ครบถ้วน แต่ไม่นำปัญหามาใส่ในแบบบันทึก Focus list ถือว่าข้อนี้ไม่ครบถ้วน | (1) มีการเปิดประเด็นปัญหาที่พบใหม่และปิดประเด็นปัญหาเมื่อมีข้อมูล/เหตุผลว่าปัญหานั้นๆหมดลงแล้ว (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็น (1) บันทึกด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| 9. | การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goal/outcome) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล (Goals/Outcomes) | (1) การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Goals/Outcomes) ครบถ้วนตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (Complete) |
| 1 = <u>มี</u> การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล <u>แต่ไม่ครบถ้วน</u> | (1) การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่เป็นของผู้ป่วยที่เฉพาะ เจาะจง ชัดเจนและวัดได้ |
| 2 = <u>มี</u> การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการปฏิบัติการพยาบาล <u>ครบถ้วน</u> ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและสถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วย | (1) การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Goals/ Outcomes) ถูกต้องและสอดคล้อง/สัมพันธ์กับประเด็นปัญหา (Focus) ของผู้ป่วยหรือแนวทางการดูแลรักษาของวิชาชีพอื่นในทีม (Correct) |
| <u>หมายเหตุ:</u> กรณีเขียนปัญหาใน Focus list ไม่ครบถ้วน ถือว่าข้อนี้ไม่ครบถ้วนเช่นเดียวกัน | (1) มีการระบุระยะเวลาที่คิดว่าเป้าหมายจะสำเร็จได้อย่างชัดเจน (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็น (Concise) (1) บันทึกด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| | <u>หมายเหตุ</u> กรณีเขียนปัญหาใน Focus list ไม่ครบถ้วน ถือว่าข้อนี้ไม่ครบถ้วนเช่นเดียวกัน การระบุระยะเวลา ต้องระบุให้ชัดเจนไปว่ากี่ชม. กี่วัน กี่สัปดาห์ หรือตลอดระยะเวลาที่อยู่ในรพ. เป็นต้น |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการบันทึกการพยาบาล | |
|---|---|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (≤ 3 ข้อ = 1 คะแนน, 4-5 ข้อ = 2 คะแนน, 6 ข้อ = 3 คะแนน) |
| 10. | การระบุวันที่เริ่มปัญหา / วันสิ้นสุดปัญหาเพื่อแสดงสถานะปัญหาที่เป็นปัจจุบัน (Active date and Resolved date) |
| 0 = <u>ไม่มีการบันทึกข้อมูล</u> | (1) ระบุวันที่เริ่มปัญหาและวันสิ้นสุดปัญหาสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงตามสภาวะของโรค หรือ สภาวะผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป (Individual) |
| 1 = <u>มีการบันทึกข้อมูล วันที่ , เวลา และลายมือชื่อพยาบาล ไม่ครบถ้วน</u> | (1) ระบุวันที่เริ่มปัญหาและวันสิ้นสุดปัญหาเรียงลำดับก่อน-หลังตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง สอดคล้องสัมพันธ์กับ Focus list (Correct) |
| 2 = <u>มีการบันทึกข้อมูล วันที่ , เวลา และลายมือชื่อพยาบาล ครบถ้วน</u> | (1) มีการทบทวนการบันทึกวันสิ้นสุดปัญหาของผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน (Update) |
| | (1) บันทึก Resolved date ทุกปัญหาในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล |
| | (1) บันทึกด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่ใช้น้ำยาลบคำผิด (Clear) |
| 11. | การระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus in Nursing progress note) |
| 0 = <u>ไม่มีการระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ความต้องการของผู้ป่วย</u> | (1) มีการระบุประเด็นปัญหาการพยาบาล (Focus) ที่สอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม จิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายแบบเฉพาะรายและสัมพันธ์กับปัญหาใน Focus list |
| 1 = <u>มีการระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ความต้องการของผู้ป่วยแต่ไม่ครบถ้วน</u> | (1) มีการระบุประเด็นปัญหาการพยาบาล (Focus) สอดคล้อง/สัมพันธ์กับเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่กำหนด (Goals/Outcomes) |
| 2 = <u>มีการระบุประเด็นปัญหาสำคัญ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน</u> | (1) มีการเรียงลำดับเวลาก่อน-หลังตามประเด็นปัญหาการพยาบาลที่เกิดขึ้นถูกต้องตามความเป็นจริง (Correct) |
| หมายเหตุ | (1) มีการปิดประเด็นปัญหา (Resolved) เมื่อมีข้อมูล/เหตุผลว่าปัญหานั้นๆหมดลงแล้ว |
| การบันทึกประเด็นปัญหาสำคัญ ให้บันทึกในรูปแบบ Nursing Diagnosis | (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็น |
| กรณีเขียนปัญหาใน Focus list ไว้ แต่ไม่นำมาเขียนลง Nursing progress note ถือว่าข้อนี้ ไม่ครบถ้วน | (1) บันทึกด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

ประเด็นด้านการบันทึกการพยาบาล

| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (≤ 3 ข้อ = 1 คะแนน, 4-5 ข้อ = 2 คะแนน, 6 ข้อ = 3 คะแนน) |
|--|---|
| <p>12. การประเมินสภาพ (Assessment : A)</p> <p>0 = ไม่มีการระบุข้อมูลสนับสนุนในประเด็นปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>1 = มีการระบุข้อมูลสนับสนุนในประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ไม่ครบทุกปัญหา</p> <p>2 = มีการระบุข้อมูลสนับสนุนในประเด็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนทุกปัญหา</p> <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลสนับสนุนหมายถึงในปัญหานั้นๆมีข้อมูล SD หรือOD ก็ได้ ถ้ามีการเขียนก็ถือว่ามีความด้านปริมาณ - กรณีเขียนปัญหาใน Nursing progress note ไม่ครบ ถือว่าข้อนี้ไม่ครบเช่นเดียวกัน - บาง Focus ที่มีการพยาบาลอยู่ตลอดเวลา/ต่อเนื่อง อาจไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วย A เริ่มเป็น I,E.. I,E ไปเรื่อยๆได้ ทั้งนี้เมื่ออ่านแล้วต้องสัมพันธ์กัน - กรณีเริ่ม Focus ใหม่ต้องมี A เสมอ | <p>(1) บันทึกข้อมูลสนับสนุนสอดคล้องและสัมพันธ์กับปัญหา หรือสภาวะโรคและสภาวะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>(1) บันทึกข้อมูลสนับสนุนถูกต้อง ครอบคลุม และต่อเนื่องตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>(1) บันทึกข้อมูลสนับสนุนครบถ้วนทุกปัญหา/ครบถ้วนตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย</p> <p>(1) บันทึกข้อมูลสนับสนุนครบถ้วนทั้ง SD,OD (ในกรณีที่ประเมินแล้วควรมี SD)</p> <p>(1) การบันทึกกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็นตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยเฉพาะราย (Concise)</p> <p>(1) การบันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear)</p> |
| <p>13. การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention : I)</p> <p>0 = ไม่มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย</p> <p>1 = มีการระบุ/วางแผนการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหา/ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย และระบุเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ไม่ครบทุกปัญหา</p> <p>2 = มีการระบุ/วางแผนการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหา/ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย และระบุเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลครบทุกปัญหา</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>กรณีเขียนปัญหาใน Nursing progress note ไม่ครบ ถือว่าข้อนี้ไม่ครบเช่นเดียวกัน</p> | <p>(1) มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมอาการแสดงหรือปัญหาตามสภาวะของผู้ป่วยรวมถึงมองเห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการพยาบาล</p> <p>(1) การปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือการดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ (Risk) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้ป่วย</p> <p>(1) มีการบันทึกแสดงถึงการประเมินซ้ำ ตามช่วงเวลาที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลจริง ทันทเหตุการณ์ และบันทึกการรายงานแพทย์ได้เหมาะสม</p> <p>(1) มีการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือ เช่นการร่วมตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การทำ Family meeting เป็นต้น</p> <p>(1) มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนบทบาทพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง</p> <p>(1) บันทึกข้อมูลกระชับ ด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear)</p> |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล | |
|--|--|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน (≤ 3 ข้อ= 1 คะแนน, 4-5 ข้อ= 2 คะแนน, 6 ข้อ= 3 คะแนน) |
| 14. | การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation : E) |
| 0 = ไม่ มีการบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล | (1) บันทึกการประเมินการตอบสนองหรือผลการปฏิบัติการพยาบาลครบถ้วนทุกประเด็นปัญหาปัญหาของผู้ป่วย |
| 1 = มี การบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและระยะเวลา แต่ไม่ครบ ทุกประเด็นปัญหา | (1) บันทึกผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับกิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติให้ผู้ป่วย |
| 2 = มี การบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและระยะเวลา ครบถ้วนทุกประเด็น ปัญหาของผู้ป่วย | (1) ระยะเวลาความถี่ของการบันทึกถูกต้อง สัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจริง หรือสัมพันธ์กับสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป |
| | (1) มีการบันทึกกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด |
| | (1) การบันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยเฉพาะราย (Concise) |
| | (1) การบันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| 15. | การประเมินซ้ำ/การประเมินสถานะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update) |
| 0 = ไม่ มีการประเมินซ้ำ/ประเมินสถานะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน | (1) มีการประเมินซ้ำ/ประเมินสถานะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันครบถ้วนทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย |
| 1 = มี การประเมินซ้ำ/ประเมินสถานะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน แต่ไม่ครบ ทุกประเด็นปัญหา | (1) การประเมินซ้ำ/ประเมินสถานะผู้ป่วยถูกต้อง ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและสถานะที่เป็นจริงของผู้ป่วย |
| 2 = มี การประเมินซ้ำ/ประเมินสถานะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย | (1) มีการประเมินซ้ำ โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และหรือ วัดสัญญาณชีพ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการ/อาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือระบุภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา (Early detection) |
| หมายเหตุ: เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Focus list , Nursing progress note , Monitoring record | (1) มีการ เรียงลำดับเวลา ก่อน-หลังตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นถูกต้องตามความเป็นจริง (Correct) |
| | (1) การบันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็นตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย (Concise) |
| | (1) การบันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการจำหน่าย | |
|--|--|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน(1ข้อ = 1 คะแนน , 2-3ข้อ = 2 คะแนน, 4ข้อ = 3 คะแนน) |
| 16. | การบันทึกวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ตั้งแต่แรกเริ่ม |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม | (1) มีบันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่มโดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามหลัก D METHOD ใน Nursing admission data base ช่อง Discharge planning needs |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม <u>แต่ไม่ครบ</u> ทุกประเด็นปัญหาผู้ป่วย | (1) มีการบันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่มโดยสัมพันธ์กับข้อมูลที่บันทึกในส่วน Focus list , Nursing progress note |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม <u>ครบทุกประเด็นปัญหาผู้ป่วย</u> | (1) มีการทบทวนการวางแผนจำหน่ายเป็นระยะอย่างเหมาะสมระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล |
| <u>หมายเหตุ:</u> เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Nursing admission data base , Focus list , Nursing progress note | (1) มีการบันทึกโดยนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติที่ดี(Best Practice) /การสาธิตย้อนกลับ/การทวนกลับ ในการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบเฉพาะรายตามหลัก D METHOD |
| | (1) การบันทึกข้อมูลกระชับ ได้ใจความ อ่านเข้าใจและตรงประเด็นตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย (Concise) |
| | (1) การบันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |
| 17. | การบันทึกข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ / การสอนทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Health promotion) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) | (1) มีการบันทึกการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ/ทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน และถูกต้องตามปัญหาและสภาวะจริงของผู้ป่วย |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) <u>แต่ไม่ครบ</u> ทุกประเด็นปัญหาผู้ป่วย | (1) มีการบันทึกการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ/ทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาและตามความต้องการของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) <u>ครบถ้วน</u> ทุกประเด็นปัญหาผู้ป่วย | (1) มีการนำเทคโนโลยี/นวัตกรรม/แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ/ทักษะ |
| <u>หมายเหตุ:</u> เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Nursing admission data base , Focus list , Nursing progress note | (1) มีการบันทึกผลของการนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) /การสาธิตย้อนกลับ/การทวนกลับ ในการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) จนทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการสภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Health literacy) |
| | (1) มีการบันทึกผลของผู้ป่วยที่มีทักษะในการจัดการสภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยรายนั้นสามารถไปบอกต่อให้กับผู้ป่วยรายอื่นหรือคนอื่นได้ (Health literacy) |
| | (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล |

ผนวก ข คู่มือการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล (Nursing Audit Chart) (แก้ไขครั้งที่ 3 มิ.ย. 68)

| ประเด็นด้านการจำหน่าย | |
|--|---|
| ด้านปริมาณ | ด้านคุณภาพ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน(1ข้อ = 1 คะแนน , 2-3ข้อ = 2 คะแนน, 4ข้อ = 3 คะแนน) |
| 18. | การบันทึกข้อมูลสะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ / ฝึกทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Health promotion and Health Literacy) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกข้อมูลสะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ / ฝึกทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย | (1) มีการบันทึกความก้าวหน้าในการเรียนรู้ด้านสุขภาพ/การฝึกทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามปัญหาและสภาวะจริงของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลสะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ / ฝึกทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย <u>แต่ไม่ครบ</u> ทุกประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ | (1) มีการบันทึกผลของการนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติที่ดี(Best Practice) /การสาธิตย้อนกลับ/การทวนกลับ ในการให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกข้อมูลสะท้อนความก้าวหน้าในการเรียนรู้ / ฝึกทักษะที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย <u>ครบถ้วน</u> ทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย | (1) มีการบันทึกผลของผู้ป่วยที่มีทักษะในการจัดการสภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยรายนั้นสามารถไปบอกต่อให้กับผู้ป่วยรายอื่นหรือคนอื่นได้ (Health literacy) |
| <u>หมายเหตุ:</u> เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Nursing admission data base , Focus list , Nursing progress note | (1) บันทึกข้อมูลกระชับ อักษรอ่านออก ชัดเจน ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (clear) |
| 19. | การบันทึกการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ (Continuity of Care) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ (Continuity of Care) | (1) มีการบันทึกปัญหา ความต้องการ ข้อมูลอาการสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในรพ.และในเครือข่ายหรือชุมชน |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ (Continuity of Care) <u>แต่ไม่ครบ</u> ทุกประเด็นปัญหาที่ประเมินได้ | (1) มีการบันทึกกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีการบันทึกการส่งต่อข้อมูลทั้งใน รพ.และในเครือข่ายหรือชุมชน |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ (Continuity of Care) <u>ครบถ้วน</u> ทุกประเด็นปัญหาของผู้ป่วย | (1) การบันทึกปัญหา ความต้องการที่ต้องส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง <u>เป็นแบบเฉพาะราย</u> |
| <u>หมายเหตุ:</u> เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Focus list , Nursing progress note , Nursing discharge Summary และแบบบันทึกการส่งต่อ | (1) บันทึกข้อมูลกระชับ ด้วยตัวอักษรอ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (clear) |
| 20. | การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary) |
| 0 = <u>ไม่มี</u> การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary) | (1) มีการบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย(Nursing discharge Summary) <u>อย่างครบถ้วน</u> |
| 1 = <u>มี</u> การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary) <u>แต่ไม่ครบถ้วน</u> | (1) มีการบันทึกและระบุกิจกรรมหรือแผนการดูแลผู้ป่วย <u>เพื่อส่งต่อประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายแบบเฉพาะราย</u> |
| 2 = <u>มี</u> การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary) <u>ครบถ้วน</u> | (1) มีการบันทึกและระบุกิจกรรมหรือแผนการดูแลผู้ป่วย <u>เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการสภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Health literacy)</u> |
| <u>หมายเหตุ:</u> เอกสารที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ใบ Nursing discharge summary | (1) การบันทึกด้วยตัวอักษรที่อ่านออกได้โดยง่าย ตัวเลขที่ชัดเจน ไม่มีรอยลบ ใช้ตัวย่อที่เป็นสากล (Clear) |