

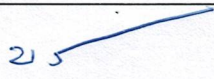




โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก
ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน / วิธีการทำงาน / แนวทางเวชปฏิบัติ

ประเภทเอกสาร	คู่มือการปฏิบัติงาน	
ชื่อเอกสาร	คู่มือการบันทึกทางการแพทย์	
รหัสเอกสาร	WP-IPD-001	
ส่วนที่เกี่ยวข้อง	IPD	
วันที่ประกาศใช้	1 กุมภาพันธ์ 2567	
ผู้จัดทำ	แผนกผู้ป่วยใน	 (นางสาวเบญจมาศ มงคล) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ผู้ทบทวน	หัวหน้าหอผู้ป่วยใน	 (นางสาวพรทิพย์ ชาวทุ่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า	 (นายพิจารณ์ สารเสวก) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01

จำนวน 5 หน้า

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 1/5
วิธีปฏิบัติ เลขที่ : WP-IPD-01	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
เรื่อง : คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	วันที่ : 1 กุมภาพันธ์ 2567
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วยใน
ผู้จัดทำ : นางสาวเบญจมาศ มงคล	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1. วัตถุประสงค์ (Objectives)

- 1.1 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบและถูกต้อง เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- 1.2 เพื่อมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน กระชับ และ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล สามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

2. ขอบเขต (Scope)

เวชเบียนผู้รับบริการในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยใน

3. คำจำกัดความ (Definition)

บันทึกทางการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่แสดงถึงภาวะสุขภาพการประเมิน ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Activities) ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นกระบวนการพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย บันทึกทางการพยาบาลที่ดีต้องมีความถูกต้อง ตัวย่อเป็นสากล (Correct) เนื้อหาครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นของผู้ป่วย (Complete) ข้อมูลมีความชัดเจน (Clear)อ่านง่าย กระชับ ได้ใจความ (concise) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record)

ปัจจุบันผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ทำให้บางครั้งสะท้อนประเด็นสำคัญ หรือจุดเน้นของปัญหาที่ชัดเจน กองการพยาบาล โรงพยาบาลวังเจ้าจึงได้ประกาศนโยบายการเขียน บันทึกทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบ Focus Charting ตั้งแต่ปี 2563

Focus Charting เป็นการบันทึกข้อมูลแบบชี้เฉพาะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ (patient center) มากกว่าการบันทึกลำดับของปัญหา (Problem list) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามเป้าหมาย

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 2/5
วิธีปฏิบัติ เลขที่ : WP-IPD-01	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
เรื่อง : คู่มือการบันทึกทางการแพทย์	วันที่ : 1 กุมภาพันธ์ 2567
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วยใน
ผู้จัดทำ : นางสาวเบญจมาศ มงคล	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(Goal/outcome) ที่กำหนด และการตอบสนองต่อการดูแลรักษาที่ให้กับผู้ป่วย (Evaluation) การบันทึกลักษณะนี้มีความยืดหยุ่น เป็นการบันทึกที่สะท้อนการทำงานของพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล มีรูปแบบที่เอื้อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ มีการแยกส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus list) ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ หรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

4. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

หอผู้ป่วยในเริ่มใช้ระบบ Paperless เดือนกุมภาพันธ์ 2567 คู่มือการใช้งาน IPD Paperless และเอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับพยาบาล IPD โดยบริษัท บางกอก เมดิคอล ซอฟต์แวร์ จำกัด ตามลิงค์ ดังนี้ [asset-v1_BMS+BMS-IPD01.pdf \(wangchaohosp.go.th\)](#)

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องเพิ่ม Assessment ในระบบ IPD Paperless

1. ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ Summary 501 ,แบบบันทึกแรกรับและการประเมิน ,สมรรถนะผู้ป่วย โรงพยาบาลวังเจ้า ,แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ,แบบสรุปและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยv2 ได้แก่ DM ,COPD ,CHF ,stroke , Planning Palliative Care เป็นต้น
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเรื้อรัง ได้แก่ แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่อง CIWA-Ar
3. ผู้ป่วยสวนปัสสาวะคาสาย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากคาสายสวนปัสสาวะ
4. ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูต่อเนื่องระยะ Intermediate care (IMC) ได้แก่ แบบประเมินเพื่อรับการฟื้นฟูต่อเนื่องระยะ Intermediate care (IMC) , Team Meeting Report Admit , Team Meeting Report Discharge ,แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นต้น
5. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
6. ผู้ป่วยที่เสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ : Braden's Score V.2
7. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด ได้แก่ แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 3/5
วิธีปฏิบัติ เลขที่ : WP-IPD-01	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
เรื่อง : คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	วันที่ : 1 กุมภาพันธ์ 2567
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วยใน
ผู้จัดทำ : นางสาวเบญจมาศ มงคล	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

5. ขั้นตอนการปฏิบัติหรือระเบียบปฏิบัติ (Procedure)

- 5.1 พยาบาลบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเกี่ยวกับ
- 5.1.1 การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ บันทึกในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลเมื่อรับผู้ป่วย (Nursing Admission Database / Short-stay admission database) ในบันทึกดังนี้
- ระบบที่สำคัญทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยให้ประเมินและบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ภายใน 8 ชั่วโมง
 - ระบบด้านร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยให้ประเมินและบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง
- 5.1.2 บันทึกประเด็นปัญหาสำคัญที่พบจากการประเมินผู้ป่วย (Focus) ในแบบบันทึก Nursing Focus List และ Kardex
- 5.1.3 บันทึกพฤติกรรมเป้าหมายของผู้ป่วยที่แสดงสภาวะสุขภาพที่คงรักษาให้มีสุขภาพที่ดี หรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ภายหลังจากได้รับการพยาบาล /การดูแลรักษา หรือบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการดูแล (Goal/Outcome = Planning) โดยมีความสอดคล้องกับ Focus หรือแนวทางการดูแลรักษาของสหสาขาวิชาชีพ มีความเฉพาะเจาะจง สามารถสังเกต และวัดได้ และมีการระบุระยะเวลาที่คิดว่าเป้าหมายจะสำเร็จได้ (Short term goal) ในแบบบันทึก Nursing Focus List
- 5.1.4 บันทึกข้อมูลที่สนับสนุนประเด็นสำคัญที่พบจากการประเมินผู้ป่วย (Focus) รวมถึงข้อมูล Subjective data และ Objective Data ที่อธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น (Assessment: A) บันทึกสิ่งที่ปฏิบัติทันที (Intervention: I) หรือจะปฏิบัติแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลที่ได้จากการ Assessment (Planning) และบันทึกผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติ (Evaluation: E) ในแบบบันทึก Nursing Progress Note / Critical Care Record
- 5.1.5 บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังหรือติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Monitoring Record, Vital Signs Graphic Record, Intake / Output, Medication Record, Diary Nursing Activity เป็นต้น

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 4/5
วิธีปฏิบัติ เลขที่ : WP-IPD-01	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
เรื่อง : คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล	วันที่ : 1 กุมภาพันธ์ 2567
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วยใน
ผู้จัดทำ : นางสาวเบญจมาศ มงคล	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

5.1.6 บันทึกการสรุปรายงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ในแบบบันทึก Nursing Discharge Summary

5.2. บันทึกข้อมูลโดยใช้หลักการบันทึกที่ดีมีคุณภาพ ดังนี้

5.2.1 การบันทึกข้อมูลมีความชัดเจน (clear)

5.2.2 การบันทึกข้อมูลให้อ่านง่าย มีความรัดกุม กระชับ ได้ใจความ (concise)

5.2.3 การบันทึกข้อมูลไม่มีความฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น/ไม่บันทึกข้อความที่มีความซับซ้อน (without superfluous text)

5.2.4 การบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน และตรงกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (relevant nursing information)

5.2.5 การบันทึกข้อมูลมีการใช้ภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เนื้อหาถูกต้อง กระชับ คำย่อต้องเป็นที่ยอมรับ และเป็นสากล(Correct use of language)

5.2.6 การบันทึกข้อมูลครบถ้วน/ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

5.2.7 ข้อมูลมีความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ปฏิบัติ และน่าเชื่อถือ

5.2.8 เนื้อหาสาระของข้อมูลมีคุณค่าควรแก่การสื่อสาร เป็นประโยชน์

5.2.9 มีความต่อเนื่องและมีความคงเส้นคงวาในการสื่อสาร

5.2.10 เรียงลำดับ ตามปฏิทิน ลงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ตามความเป็นจริง และเรียงลำดับตามความสำคัญ

5.2.11 ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้บันทึก

5.2.12 ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องควรตัดทิ้ง

5.2.13 ทบทวน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ในการบันทึกและรายงานทางการพยาบาลในแต่ละเวร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

****แนะนำให้บันทึกรายงานทางการพยาบาลตรงตามที่ปฏิบัติการพยาบาล และเหตุการณ์ที่ผิดปกติของผู้รับบริการในช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวร****

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้าที่ : 5/5
วิธีปฏิบัติ เลขที่ : WP-IPD-01	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 01
เรื่อง : คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	วันที่ : 1 กุมภาพันธ์ 2567
แผนก : หอผู้ป่วยใน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : หอผู้ป่วยใน
ผู้จัดทำ : นางสาวเบญจมาศ มงคล	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เครื่องชี้วัด : ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งฉบับมากกว่าหรือเท่ากับ 80%

6. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2563),คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชเบียน(medical record audit guideline) วันที่ 5 ธันวาคม 2550
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2552), เอกสารประกอบการประชุม บันทึกทางการแพทย์พยาบาลสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพ รุ่นที่ 5 วันที่ 18 - 20 มีนาคม 2552.
3. สภาการพยาบาล. (2556). การตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์.(ปรับปรุง มิถุนายน 2556).