

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation	2. Discharge summary : others
<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, เพศ, อายุ หรือวันเดือนปีเกิด (กรณีไม่ทราบวันที่เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ของผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 3 ไม่ใช่ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุป Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 4 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/ Operation ด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร อนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนนโดยอัตโนมัติ)</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการสรุปในส่วน clinical summary โดยต้องมีการบันทึกสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา การ investigated การรักษา (การดำเนินของโรค) ผลการรักษา แผนการรักษา ฟันฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยย่อ ซึ่งอาจจะสรุปไว้ในส่วนใดของเวชระเบียนก็ได้</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วยแล้วบันทึกว่า บคก.) (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใครอนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนนโดยอัตโนมัติ)</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 6 Discharge status ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล, HN, AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 7 Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูล วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงลายมือชื่อแพทย์รักษา/ผู้สรุป</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีข้อมูลจำนวนวันนอนถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 9 สามารถรู้ว่า ผู้ลงลายมือนั้นชื่ออะไร</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 9 มีความครบถ้วนของข้อมูลตามฟอร์ม In-patient discharge summary และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของการบันทึกข้อมูล (ถ้าข้อ 1-8 มีไม่ครบ ข้อนี้ไม่ได้คะแนน)</p>
<p>เอกสารที่ใช้ประเมิน : ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่าย (In-patient discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา - กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับด้วย</p> <p>- กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์แต่ไม่มีแพทย์ลงลายมือกำกับหรือสรุปการรักษาด้วยดินสอหรือสรุปเป็นรหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ไม่ถือว่ามีสรุป</p> <p>: OPD Card</p>	<p>เอกสารที่ใช้ประเมิน : ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่าย (In-patient discharge summary)</p>

เอกสารที่ใช้ในการประเมิน: ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการ (Informed consent) และญาติ

เอกสารที่ใช้ในการประเมิน: เอกสารบันทึกแรกรับ โดยแพทย์ (ในส่วนของแพทย์เป็นผู้บันทึก)

3. Informed consent	4. History
เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกชื่อ-สกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน	เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึก chief complaint: อาการ/ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
เกณฑ์ข้อที่ 2 ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ ในกรณีที่ผู้ลงลายมือชื่อ ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือชื่อกับผู้ป่วยให้ชัดเจน	เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: ในส่วนของ what, when, why, how (เป็นอะไรมา, เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่, ไปทำอะไรมา อย่างไร) ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ
เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”)	เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness: ในส่วนของ where, who, how many (เริ่มเป็นระบบใดของร่างกาย, บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น มีคนในครอบครัวเป็นหรือไม่, มีการรักษาโดยแพทย์มาก่อนหรือไม่, ความถี่ของอาการแสดง, การรักษาที่ได้มาแล้ว) มีข้อมูลบางส่วนได้
เกณฑ์ข้อที่ 4 มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล และตำแหน่งหน้าที่ชัดเจน	เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก past illness ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล/ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา, วิธีการรักษา/หัตถการ, การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย)	เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกประวัติการแพ้ยา
เกณฑ์ข้อที่ 6 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก, ข้อดี, ข้อเสีย, ผลการรักษา ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 5)	เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ family history, personal history, social history, ประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัย ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพปัญหาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน, growth and development/vaccination ในผู้ป่วยเด็กทุกราย, ประวัติประจำเดือน (ผู้หญิงทุกราย อายุ 11-60 ปี) (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา, ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 5)	เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
เกณฑ์ข้อที่ 8 ลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอม รับการรักษา/ปฏิเสธการรักษา	เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบในการซักประวัติหรือรักษาในครั้งนั้น (ในกรณีที่แยกไปกับ physical examination)
เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุวันเดือนปี ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา	เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติได้จากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อทาง clinical (ใบ refer)

5. Physical examination	6. Progress notes
เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก T, P, R	เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก
เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึก BP ทุกรายในผู้ใหญ่, น้ำหนัก/ส่วนสูงในกรณีที่ให้ยาเคมีบำบัด ในเด็ก น้ำหนัก/ส่วนสูง ทุกราย, BP (ยกเว้นในเด็ก 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)	เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก
เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการดูหรือเคาะอย่างละเอียดที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint	เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure
เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการคลำหรือฟังอย่างละเอียด ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint	เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure
เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ อนุโลมให้คะแนน โดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3 หรือข้อ 4	เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกผลการประเมิน investigation ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยหรือเปลี่ยนแปลงในการรักษา (โดยให้เป็นดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบ)
เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ (กรณีที่บันทึกผลการตรวจไม่ครบทุกระบบแต่มีการลงนามแพทย์ ให้ถือว่าได้มีการตรวจร่างกายทุกระบบแต่ไม่พบความผิดปกติของระบบนั้นๆ)	เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการลงวันเดือนปีและลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา
เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ	เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ทุกครั้งที่มีการบันทึกในส่วนของ progress note
เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกแผนการรักษา	เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยง่าย
เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย	เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก
<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ กรณีที่มีการบันทึก Physical examination หลายใบ ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย, สำหรับบันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย</p>	<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เอกสารบันทึกความก้าวหน้าอาการทางการแพทย์ของผู้ป่วย ที่บันทึกโดยแพทย์ (อาจมีมากกว่า 1 คน) การบันทึก ต้องบันทึกในเอกสารที่ โรงพยาบาลระบุไว้ว่า เป็นตำแหน่งของ progress note (มีข้อความว่า progress note)</p>

7. Consultation record	8. Anesthetic record
<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก วัน เวลา ความรีบด่วนจำเป็น และหน่วยงานที่ขอปรึกษา</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกการตรวจร่างกาย/คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกความเห็น/แผนการรักษา/การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของแพทย์ผู้รับปรึกษา</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึก วัน เวลา ที่ผู้รับปรึกษา มาตรวจผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับปรึกษา,</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกวิธีการระงับความรู้สึก (Technique)</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก pre anesthetic round ก่อนการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท อย่างน้อย 1 วัน</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 1 ชั่วโมง</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก post anesthetic round หลังการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 24 ชั่วโมง</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก สัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก Intake output</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 9 มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง ตามแบบบันทึกการดมยาแต่ละชนิด</p>
<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เอกสารบันทึกส่งปรึกษา, บันทึกการรับการรักษา, คำสั่งการรักษา รวมถึงบันทึกความก้าวหน้าของอาการการแพทย์</p>	<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน :</p> <ul style="list-style-type: none"> • บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชม. • บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก • บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (recovery unit) • บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (post anesthetic)

9. Operative notes	10. Labour record
เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน	เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history
เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre operative diagnosis)	(Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC
เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ	history, complication, risk monitoring
เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ	เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของ การตรวจร่างกายโดย
เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)	แพทย์หรือพยาบาล
เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหลังทำหัตถการ(post operative diagnosis)	เกณฑ์ข้อที่ 3 การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วัน,
เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ	เวลา, ซีพจร, ความดันโลหิต, progress labour (uterine contraction,
เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก ชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์/วิสัญญี/scrub nurse) และ	cervical dilation & effacement, membrane), fetal assessment (fetal
วิธีการระงับความรู้สึก (Technique)	heart sound: FHS, movement, station), complication
เกณฑ์ข้อที่ 9 ลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ	เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
	เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกหัตถการ/วิธีการคลอด/complication, การระงับความรู้สึก (ถ้า
	มี), การทำepisiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
	เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้ยาในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด
	เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน: placenta checked,
	complicationในระยะหลังคลอด, blood loss, vital signs และสภาพ
	คนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
	เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการประเมินทารก: เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1
	นาที, 5 นาทีและ 10 นาที), complication, physical examination (head
	toe assessment)
	เกณฑ์ข้อที่ 9 ชื่อ, ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด
<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน :</p> <p>เอกสารบันทึกการผ่าตัด/การทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ</p> <p>ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีคุณสมบัติของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ Operative ที่มีคุณสมบัติที่น้อยที่สุด</p> <p>หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด</p> <p>ในกรณีที่ มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง</p>	<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน :</p> <p>เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (2 ชั่วโมง)</p>

เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เอกสารบันทึกการให้การพยาบาล, เอกสารบันทึกสัญญาณชีพ, เอกสารบันทึกการให้ยา / บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ

11. Rehabilitation record	12. Nurses' note
<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการทำ Rehabilitation</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกอาการแรกเริ่มของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้อง</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพข้อห้ามและข้อควรระวัง</p>	<p>ประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน, และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด/ปัญหาหลักของผู้ป่วย</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึก</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกเป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด/หัตถการและจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)</p>	<p>intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุวิธี/ตำแหน่งที่ทำ การบำบัด ชนิดของการบำบัด/หัตถการ, ระยะเวลาที่ใช้</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของการวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกสรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การ</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient/ family education)</p>	<p>พยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล</p>
<p>เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล</p>
<p>เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสภาพ และหรือการทำกายภาพบำบัด</p>	<p>เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งรักษาของแพทย์</p>
	<p>เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก</p>
	<p>เกณฑ์ข้อที่ 9 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care</p>