ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การเก็บเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วยแบบสแกน	โรงพยาบาลควนเนียง WI-MRS-03
ผู้จัดทำ ชฎาพร (นางสาวชฎาพร นิลพงศ์) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน ผู้ทบทวน (นายจารึก แก้วมณี) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ผู้อนุมัติ (นายแพทย์นัชชา ทัตตานนท์) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง วันที่ 24 ตุลาคม 2568	จำนวน 2 หน้า โรงพยาบาลควนเนียง Khuan Niang Hospital

บันทึกการแก้ไข				
แก้ไขครั้งที่	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดการแก้ไข	ผู้อนุมัติ

ต้นฉบับ: กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

สำเนา: ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลควนเนียง

วัตถุประสงค์

1. ลดการใช้กระดาษ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเอกสาร และการจัดเก็บ
3. ลดการทำงานซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่ห้องบัตรในการค้นหาและจัดเก็บเอกสาร
4. ลดความเสี่ยงเรื่องการออกใบ OPD แทน หรือประวัติหาย
5. ลดปัญหาเรื่องพื้นที่จัดเก็บเอกสาร

ขอบเขต

ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

-

ความรับผิดชอบ

ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล

<u>หน่วยงานที่เน้น</u> คือ

1. งานห้องบัตร
2. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. งานผู้ป่วยนอก
4. งานผู้ป่วยใน
5. งานเวชระเบียน
6. องค์กรแพทย์
7. งานทันตกรรม
8. งานแพทย์แผนไทย

คำจำกัดความ

เวชระเบียน (medical record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารบันทึกการกระทำใดๆที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึง ชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. ขั้นตอนการจัดทำประวัติผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยทำบัตรใหม่ ให้ผู้ป่วยเขียนใบซักประวัติพร้อมยื่นบัตรประชาชนให้ที่จุดประชาสัมพันธ์ และส่งให้ห้องบัตรตรวจเช็คสิทธิ จัดทำประวัติผู้ป่วยใหม่ ไม่ต้องพิมพ์ใบประวัติ ไม่ต้องพิมพ์บัตรประจำตัวผู้ป่วย ยกเว้นเด็กต่ำกว่า 7 ปี และคนต่างชาติ

1.2 กรณีผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไป ให้ยื่นบัตรประชาชน และค้นหาประวัติด้วยเลข 13 หลัก

2. ขั้นตอนการส่งประวัติการรักษา

2.1 ผู้ป่วยมาตรวจห้องต่างๆทุกแผนกในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่ต้องค้นประวัติตาม OPD และไม่ต้องพิมพ์ในประวัติหน้าแรก

2.2 ส่งข้อมูลในระบบ HOSxp

3. ขั้นตอนการตรวจรักษา

3.1 เจ้าหน้าที่ให้การตรวจรักษา และบันทึกประวัติการรักษา อาการสำคัญทั้งหมดและให้ การวินิจฉัย และ การจ่ายยา ในระบบ HOSxp

3.2 กรณีที่การตรวจรักษาต้องมีแบบฟอร์มต่างๆจากในระบบ HOSxp ให้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เขียนชื่อ สกุล HN ของผู้ป่วย วันเดือนปีและเวลาที่ให้ผู้บริการรักษา ลงชื่อผู้ให้บริการกำกับอย่าง ชัดเจน และเก็บไว้ในที่จัดไว้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรเก็บเอกสารมาสแกน

4. ขั้นตอนการเก็บเอกสาร

4.1 เอกสารสำคัญที่ต้องสแกนเก็บ

ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ

1. ใบวิกฤติ
2. ใบ CPR
3. ใบ inform consent (ใบยินยอมและปฏิเสธการรักษา)
4. แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน

ห้องผู้ป่วยนอก

1. ใบผลตรวจ EKG
2. ใบ Family tree
3. ใบ inform consent (ใบยินยอมและปฏิเสธการรักษา)
4. ใบตรวจสมรรถนะปอด (Spirometry)

ห้องผู้ป่วยใน

1. แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. ใบ family genogram

ห้องทันตกรรม

1. ใบ inform consent (ใบยินยอมและปฏิเสธการรักษา)

ห้องแผนไทย

1. ใบ inform consent (ใบยินยอมและปฏิเสธการรักษา)

4.2 เจ้าหน้าที่ห้องบัตร จัดเก็บเอกสารจากทุกห้องและทำการสแกน วันละ 1 ครั้ง

4.3 เอกสารที่สแกนแล้ว จัดเก็บรวมกันแยกเป็นวัน เดือน ปี ที่ชัดเจน จัดเก็บไว้ 10 ปี