**เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ**  
**การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน**

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

**1. Discharge summary: Diagnosis, Operation (เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์)**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation ถูกต้องและครบ ถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน (ตรงกับผลการตรวจสอบ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**ไม่ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากลในการสรุป Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis, การวินิจฉัยอื่น, Procedure/Operation ด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่าย  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีการสรุปในส่วน clinical summary โดยต้องมีการบันทึกสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษาการ investigated การรักษา (การดำเนินของโรค) ผลการรักษา แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยย่อ ซึ่งอาจจะสรุปไว้ในส่วนใดของเวชระเบียนก็ได้  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**Discharge status ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการลงลายมือชื่อแพทย์รักษา/ผู้สรุป  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**สามารถรู้ว่า ผู้ลงลายมือนั้นชื่ออะไร  
**หักข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้**  
• กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่มีการสรุปสาเหตุการตายหรือสรุปสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง  
• กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับการแก้ไขนั้น

**2.  Discharge summary : others**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, เพศ, อายุ หรือวันเดือนปีเกิด (กรณีไม่ทราบวันที่เกิดอนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ของผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วน  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร อนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนนโดยอัตโนมัติ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีข้อมูลที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของญาติ/ผู้ที่ให้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วยแล้วบันทึกว่า บดก.) (ยกเว้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร อนุโลมให้ข้อนี้ได้คะแนนโดยอัตโนมัติ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล, HN, AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีข้อมูล วันเดือนปีที่ admit, วันเดือนปีที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีข้อมูลจำนวนวันนอนถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**มีความครบถ้วนของข้อมูลตามฟอร์ม In-patient discharge summary และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของการบันทึกข้อมูล (ถ้าข้อ 1-8 มีไม่ครบ ข้อนี้ไม่ได้คะแนน)

**3.  Informed consent**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**บันทึกชื่อ-สกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน  
**เกณฑ์ข้อที่ 2** ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด), ชื่อ-สกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ ในกรณีที่ผู้ลงลายมือชื่อไม่ใช่ตัวผู้ป่วยต้องระบุความสัมพันธ์ของผู้ลงลายมือชื่อกับผู้ป่วยให้ชัดเจน  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีลายมือชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”)  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ-สกุล และตำแหน่งหน้าที่ชัดเจน  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล/ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา, วิธีการรักษา/หัตถการ, การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย)  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก, ข้อดี, ข้อเสีย, ผลการรักษา ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 5)  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา, ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 5)  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**ลายมือชื่อหรือชื่อผู้ให้คำอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอม รับการรักษา/ปฏิเสธการรักษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**ระบุวันเดือนปี ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

**4.  History**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**บันทึก chief complaint: อาการ/ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**บันทึก present illness: ในส่วนของ what, when, why, how (เป็นอะไรมา, เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่, ไปทำอะไรมา อย่างไร) ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**บันทึก present illness: ในส่วนของ where,who,how many (เริ่มเป็นระบบใดของร่างกาย, บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น มีคนในครอบครัวเป็นหรือไม่,  
มีการรักษาโดยแพทย์มาก่อนหรือไม่, ความถี่ของอาการแสดง, การรักษาที่ได้มาแล้ว) มีข้อมูลบางส่วนได้  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**บันทึก past illness ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**บันทึกประวัติการแพ้ยา  
**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**บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุก ระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบในการซักประวัติหรือรักษาในครั้งนั้น (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสารในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อทาง clinical (ใบ refer)  
**หมายเหตุ**  
ในกรณีที่มีการบันทึก history หลายใบ/แพทย์หลายคน ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย สำหรับบันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลปของแพทย์) จะไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย  
[[http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/img/icon/uparrow.gif](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) กลับไปด้านบน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) l [เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_opd_oer) l [แบบฟอร์มแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/Evaluation_Criteria/Form_IPD_NHSO.pdf)

**5.  Physical examination**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึก T, P, R  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีการบันทึก ในผู้ใหญ่ BP ทุกราย, น้ำหนัก/ส่วนสูงในกรณีที่ให้ยาเคมีบำบัด ในเด็กน้ำหนัก/ส่วนสูง ทุกราย, BP (ยกเว้นในเด็ก 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการดูหรือเคาะอย่างละเอียดที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการคลำหรือฟังอย่างละเอียด ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติ ในกรณี ที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟฟิกได้ อนุโลมให้คะแนนโดยจะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3 หรือข้อ 4  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ (กรณีที่บันทึกผลการตรวจไม่ครบทุกระบบแต่มีการลงนามแพทย์ ให้ถือว่าได้มีการตรวจร่างกายทุกระบบแต่ไม่พบความผิดปกติของระบบนั้นๆ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง/สอดคล้องกับผลการตรวจ  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการบันทึกแผนการรักษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย  
**หมายเหตุ**  
ในกรณีที่มีการบันทึก physical examination หลายใบ ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย สำหรับบันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลปของแพทย์) ไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

**6.  Progress notes**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**บันทึกเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบ S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/มีการทำ Invasive procedure  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีการบันทึกผลการประเมิน investigation ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย หรือเปลี่ยนแปลงในการรักษา (โดยให้เป็นดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบ)  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีการลงวันเดือนปีและลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีการลงลายมือชื่อแพทย์ทุกครั้งที่มีการบันทึกในส่วนของ progress note  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกโดยง่าย  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก  
**หมายเหตุ**  
•  ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล/การรักษา/ให้ยา/การทำ Invasive procedure จะให้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 3 ได้ก็ต่อเมื่อได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 1 เท่านั้น ส่วนการให้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 4 ก็จะต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อที่ 2  
•  Progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติ ตรวจร่างกายแรกรับได้

**7.  Consultation record**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**บันทึก วัน เวลา ความรีบด่วนจำเป็น และหน่วยงานที่ขอปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**บันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**บันทึกการตรวจร่างกาย/คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**บันทึกความเห็น/แผนการรักษา/การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของแพทย์ผู้รับปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**บันทึก วัน เวลา ที่ผู้รับปรึกษา มาตรวจผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับปรึกษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

**8.  Anesthetic record**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึกวิธีการระงับความรู้สึก (Technique)  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีบันทึก pre anesthetic round ก่อนการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท อย่าง น้อย 1 วัน  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 1 ชั่วโมง  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีบันทึก post anesthetic round หลังการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท 24 ชั่วโมง  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีบันทึก สัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสม  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีบันทึก Intake output  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**มีบันทึกข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ถูกต้อง ตามแบบบันทึกการดมยาแต่ละชนิด

**9. Operative notes**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre operative diagnosis)  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)  
**เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหลังทำหัตถการ(post operative diagnosis)  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีบันทึก ชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์/วิสัญญี/scrub nurse) และวิธีการระงับความรู้สึก (Technique)  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**ลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ  
**หักคะแนนกึ่งหนึ่ง**ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้งแต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง  
**หมายเหตุ**  
• ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกันการประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด  
[[http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/img/icon/uparrow.gif](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) กลับไปด้านบน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) l [เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_opd_oer) l [แบบฟอร์มแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/Evaluation_Criteria/Form_IPD_NHSO.pdf)

**10.  Labour record**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, complication, risk monitoring  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วัน, เวลา, ชีพจร, ความดันโลหิต, progress labour (uterine contraction, cervical dilation& effacement, membrane), fetal assessment (fetal heart sound: FHS, movement, station), complication  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีบันทึกหัตถการ/วิธีการคลอด/complication, การระงับความรู้สึก (ถ้ามี), การทำ episiotomy ตามสภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีบันทึกการให้ยาในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีบันทึกการประเมินมารดาระยะหลังคลอด ในส่วน: placenta checked, complication ในระยะหลังคลอด, blood loss, vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีบันทึกการประเมินทารก: เพศ, น้ำหนัก, ความยาว, apgar score (1 นาที, 5 นาที และ 10 นาที), complication, physical examination (head to toe assessment)  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**ชื่อ, ลายมือชื่อ แพทย์/พยาบาลผู้ทำคลอด

**11.  Rehabilitation record**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีบันทึกการซักประวัติ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการทำ Rehabilitation  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องทำกายภาพข้อห้ามและข้อควรระวัง  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีบันทึกการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด/ปัญหาหลักของผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายการรักษา การวางแผนการรักษา ชนิดของการบำบัด/หัตถการและจำนวนครั้งที่ทำ (อาจกำหนดหรือไม่ก็ได้)  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุอวัยวะ/ตำแหน่งที่ทำการบำบัด ชนิดของการบำบัด/หัตถการ, ระยะเวลาที่ใช้  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีบันทึกการประเมินผลการดูแลและความก้าวหน้าของการรักษาทางกายภาพบำบัด  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีบันทึกสรุปผลการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีบันทึกการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (patient/family education)  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**มีการลงลายมือชื่อผู้ทำกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถสื่อถึงเจ้าของลายมือชื่อได้

**12.  Nurses’ note**

**เกณฑ์ข้อที่ 1**มีการบันทึกอาการแรกรับของพยาบาลครบถ้วนตามฟอร์มที่หน่วยบริการกำหนดและสอดคล้องกับการบันทึกของแพทย์ (อย่างน้อยต้องประกอบด้วย อาการที่มาประวัติการเจ็บป่วยอดีตและปัจจุบัน,และการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วย)  
**เกณฑ์ข้อที่ 2**มีการบันทึกการให้ยา, สารน้ำ, การให้เลือด, ฟอร์มปรอท และการบันทึก intake/output (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) ถูกต้องครบถ้วนตามคำสั่งการรักษา  
**เกณฑ์ข้อที่ 3**มีการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของการวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย  
**เกณฑ์ข้อที่ 4**มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล  
**เกณฑ์ข้อที่ 5**มีการบันทึกทางการพยาบาล ในส่วนของการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการวางแผนการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล  
**เกณฑ์ข้อที่ 6**มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องครบถ้วนตามวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล  
**เกณฑ์ข้อที่ 7**มีการลงนาม และวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบคำสั่งการรักษาของแพทย์  
**เกณฑ์ข้อที่ 8**มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่สามารถอ่านได้โดยง่ายและลงลายมือชื่อผู้บันทึก  
**เกณฑ์ข้อที่ 9**การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) อย่างน้อยการนัดตรวจครั้งต่อไป/การปฏิบัติตัว/Home health care  
**หมายเหตุ**  
บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีลายมือชื่อของพยาบาลเจ้าของเวรลงลายมือชื่อกำกับ  
[[http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/img/icon/uparrow.gif](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) กลับไปด้านบน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_ipd#top) l [เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/standard_opd_oer) l [แบบฟอร์มแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน](http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/sites/default/files/public/Evaluation_Criteria/Form_IPD_NHSO.pdf)