

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์

จัดทำโดย แพทยสภา

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ป่วยและประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

๑. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรารถนาในเวชระเบียนได้แก่

- ๑.๑ อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ๑.๒ ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ
- ๑.๓ บันทึกสัญญาณชีพ (vital sign)
- ๑.๔ ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการรักษาแก่ผู้ป่วย
- ๑.๕ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- ๑.๖ การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชีวิตของยาและจำนวน
- ๑.๗ ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการหัตถการ
 - ใบบินยอมของผู้ป่วย หรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการทำหัตถการ
- ๑.๘ คำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยมารับไว้รักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรารถนาในเวชระเบียนขณะมารับผู้ป่วยได้แก่

- ๒.๑ อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- ๒.๒ ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่นๆ
- ๒.๓ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจจะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- ๒.๔ บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs)
- ๒.๕ ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- ๒.๖ ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- ๒.๗ เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๓. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักในสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

๓.๑ บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญ ระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

๓.๒ บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

๓.๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ

๓.๔ ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ควรมี

- บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของหัตถการ
- ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากได้รับทราบ และเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดี และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

๔. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

๔.๑ การวินิจฉัยโดยขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค

๔.๒ สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญ ระหว่างการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

๔.๓ สรุปผลการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ

๔.๔ ผลลัพธ์จากการรักษา

๔.๕ สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล

๔.๖ คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วยหรือญาติ

๕. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่ลักษณะชัดเจนพอ

เพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์ และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้าย

คำสั่ง หรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายชื่อไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจ

ง่ายประกอบด้วย

๖. การรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วน

เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย

ทุกครั้งที่มีการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดหรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง โดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังจากการสั่งการรักษา ดังกล่าว

๗. แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว

เร็วภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ

บันทึกเวชระเบียน ควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน ๑๕ วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ

เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องควรเก็บรักษาบันทึกระยะเบียนไว้อย่างน้อยที่สุด ๕ ปี จากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้ายและก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนดังกล่าว ควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จำใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าว สามารถคัดค้านการทำลายหรือการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป