

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.กัณฑ์

II-5 ระบบเวชระเบียน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันทเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น (สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	≥85 %	86.98	88.45	89.51	96.57	93.02
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥85 %	84.14	89.70	89.44	90.28	90.97
อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record	≥90 %	90.20	92.66	94.55	96.82	97.48
อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัส ICD	≥100 %	98.05	99.10	98.90	99.15	99.50
อัตราการไม่ลงการวินิจฉัยโรคในคอมพิวเตอร์	0 %	0	0	0	0	0
อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน 18 นาที	0 %	0.008	0.006	0.005	0.005	0.004

บริบท: ปริมาณผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน:

ปริมาณงาน	2555	2556	2557	2558	2559
จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง)	15,520	22,025	24,603	25,340	21,992
จำนวนผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	149,341	151,265	147,866	161,110	175,226
จำนวนผู้ป่วยใน(ราย)	9,196	9,476	9,598	10,857	11,792

กระบวนการ:

การวางแผนและออกแบบระบบ

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินส่วนขาของการออกแบบบันทึกเวชระเบียน:

- ปรับแบบฟอร์มใบหน้าบคำรักษาพยาบาลเพิ่มให้มีการสรุปวันนอนเพื่อง่ายต่อการตรวจสอบคำรักษาพยาบาล
- ปรับปรุงแบบฟอร์ม Discharge Summary ใช้ระบบปรินต์อัตโนมัติจาก โปรแกรม HOS XP เปลี่ยนแปลงแบบฟอร์ม Discharge Summary โดยเพิ่ม Non OR Procedure ที่ใช้บ่อยและในส่วนของฟื้นฟูสมรรถภาพ แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน
- เพิ่มใบบันทึกแบบการสรุปการวินิจฉัยผู้ป่วยในเพื่อเป็นแนวทางในการสรุปวินิจฉัยของแพทย์
- เพิ่มใบ consult ระหว่างแผนกง่ายต่อการประสานงาน
- เพิ่มแบบฟอร์ม IPD Scan เพื่อให้แพทย์ได้ดูประวัติการรักษาของผู้ป่วยวันล่าสุดได้ทันเวลาและรักษา

ได้ถูกต้องต่อเนื่อง

ลดการใช้กระดาษด้วยใช้ระบบ paperless โดยไม่ใช้ OPD card ในผู้ป่วยที่ไม่เรื้อรัง

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์ของการบันทึก:

ลดแบบบันทึกการจำหน่ายจากการเขียนเป็นแบบใช้แบบปรี้นเพื่อลดระยะเวลาในการบันทึกของพยาบาลผู้จัดทำจำหน่าย

บทเรียนจากการประเมินตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:

มีการลงบันทึกหัตถการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกในโปรแกรม HOS -Xp โดยแพทย์ทุกคนเพื่อลดความผิดพลาดและตรวจสอบโดยเจ้าพนักงานเวชสถิติ

แบบฟอร์ม IPD Scan เพื่อให้แพทย์สามารถดูประวัติการรักษาของผู้ป่วยวันล่าสุดได้ทันเวลาและรักษาได้ถูกต้องต่อเนื่อง

แพทย์ปฏิบัติตามระเบียบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ในการใช้คำย่อที่เป็นสากล

การใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ ที่พบบ่อยจะเป็นเรื่องการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เช่น MI ซึ่งเป็นได้ทั้ง Myocardial infarction และ Mitral insufficiency แนวทางแก้ไขรวบรวมทำคู่มือคำย่อชื่อโรค / ผ่าตัด หัตถการ ที่เป็นสากล แจ้งแพทย์เขียนคำย่อครั้งแรกให้เขียนคำเต็มให้ด้วย ให้พยาบาล Auditor ประจำหอผู้ป่วยสอบถามแพทย์และเขียนคำเต็มให้ ส่วนคำย่อเรื่องรหัสโรคผ่าตัด ได้ใส่ไว้ในระบบเช่นกันมีระบบการค้นหาค่าเพียง คีย์ 3 ตัวอักษรจะมีให้เลือกโรคและคำอธิบายชื่อโรคพร้อมรหัสหัตถการผ่าตัด

บทเรียนเกี่ยวกับการประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:

มีการลงบันทึกหัตถการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกในโปรแกรม HOS -Xp โดยแพทย์ทุกคนเพื่อลดความผิดพลาดและตรวจสอบโดยเจ้าพนักงานเวชสถิติแต่ก็ยังมีผิดพลาด ไม่ถูกต้อง แนวทางแก้ไขส่งเจ้าหน้าที่เวชสถิติเข้ารับการอบรมการให้รหัสโรคทุกปี

มีการลงบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการในโปรแกรม HOS -Xp ลงไม่ครบ ไม่ถูกต้อง แนวทางแก้ไขส่งเจ้าหน้าที่เวชสถิติไปอบรมเรื่องการใช้โปรแกรม HOS -Xp กับทีมดูแลโปรแกรมของจังหวัด

การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บโดยโปรแกรม Hos-xp เก็บไว้ตลอดไป การรักษาความปลอดภัยมีการ Backup ข้อมูลโดย การรันระบบ Replicate เก็บข้อมูลไปที่เครื่อง Server สำรอง ตลอดเวลา และมีการ backup ข้อมูลเป็นก้อน ทุก ๆ วัน โดยมีการตรวจสอบว่าสามารถนำกลับมาใช้ได้จริง

การรักษาความปลอดภัยและความลับ

บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยของเวชระเบียน:

เวชระเบียนทุกฉบับในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีสถานที่เก็บอย่างปลอดภัย ไม่มีความเสียหายทางกายภาพเช่นน้ำรั่ว หนูแทะ ฯลฯ ไม่ให้สิทธิผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาเก็บรักษา หรือค้นเวชระเบียน มีระบบการจัดเรียง OPD card ใช้ระบบ Terminal Digit เป็นระบบเรียงเป็นหลัก 00-99 ส่วนผู้ป่วยในเรียงแบบ Serial number แยกเป็นรายปีตาม AN เวชระเบียนตามมาตรฐาน 5 ปี ยึดเกณฑ์ตามแพทยสมาคม

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.กันตัง

การสำรวจเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน 5 ปีสำรวจเพื่อขออนุมัติทำลายไปยังกองจดหมายเหตุแห่งชาติ

ทางเดินของเวชระเบียนผู้ป่วยมีการปรับปรุงการส่งเวชระเบียนจากตึกต่าง ๆ โดยยึดความปลอดภัยและความลับเวชระเบียนถูกเปิดเผย เดิมใช้การส่งเวชระเบียนจะใส่ตะกร้ามองเห็นเวชระเบียนได้ง่ายเปลี่ยนเป็นใส่ถุงผ้าทำให้ลดความเสี่ยงการเปิดเผยเวชระเบียน มีสมุดรับส่งเวชระเบียนระหว่างตึก หากเป็นการสรุปเวชระเบียนหลังจากจำหน่าย 5 วัน ทางเวชระเบียนจะติดตามและมีระบบการ review chart ก่อนรับจากตึก

เวชระเบียนให้รหัสโรครหัสผ่าตัดศัลยกรรมเพื่อส่งเรียกเก็บตามสิทธิต่างๆหากchartไม่สรุปนำส่งองค์กรแพทย์เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสรุปในส่วนการบริการผู้ป่วยนอก ใช้OPD card ตามความต้องการของแพทย์ ผู้รักษาโรงพยาบาลกันตังมีระบบการค้นเวชระเบียนล่วงหน้าในผู้ป่วยนัดล่วงหน้า 1 วัน และงานสิทธิบัตรตรวจสอบสิทธิล่วงหน้าเช่นกันเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการรวดเร็วไม่ต้องยื่นคิวไปรับการตรวจตามห้องตรวจต่าง ๆ

การส่ง-รับ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก OPD card จะมี โอกาสความเสี่ยงสูญหายและความลับถูกเปิดเผยระหว่างการส่งให้ห้องตรวจมีการวางไว้บนโต๊ะรอพยาบาลห้องตรวจมารับไป เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่เดินบัตร

จากการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ในระบบ Hosxp มีระบบการเข้าถึงมีการกำหนดสิทธิผู้ใช้งานแต่ละหน้าจอ ผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าหน้าจออื่นได้ การแก้ไขไม่สามารถทำได้หากไม่ได้กำหนดสิทธินั้น ผู้ดูแลระบบเท่านั้นที่สามารถเข้าไปแก้ไขเพิ่มเติม

การแก้ไขเพิ่มเติมต้องการเพิ่มให้แจ้งผู้ดูแลระบบทำการแก้ไขเพิ่มเติม เช่นรหัสโรคไม่มีในการคีย์ไม่มีรหัสแพทย์ ให้แจ้งผู้ดูแลระบบเพิ่มเติมปรับปรุงฐานข้อมูล

ความเสี่ยงที่พบ สถานที่เก็บเวชระเบียนในตู้หน้าห้องพักแพทย์หลังแพทย์สรุป Chart พบความเสี่ยงความลับถูกเปิดเผยเนื่องจากไม่มีประตูปิดมิดชิด ขณะนี้กำลังวางแผนเพื่อหาแนวทางในการแยกเก็บเป็นสัดส่วนมิให้มีความเสี่ยงดังกล่าว ส่วนการส่ง บัตร opd card ได้ใช้ช่องใส่ opd card ระหว่างห้องตรวจหรือผู้ป่วยถือไปห้องตรวจที่อยู่ไกลจากตึกเช่นผู้มาตรวจใช้บริการกายภาพบำบัด ตึกที่ให้บริการอยู่ห่างจากห้องตรวจทั่วไป

บทเรียนเกี่ยวกับการรักษาความลับของเวชระเบียน:

จัดให้มีรหัสผ่าน (Password) สำหรับผู้ใช้ในระบบคอมพิวเตอร์

มีการจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ มีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล มีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ มีแนวปฏิบัติมาตรการพิเศษเวชระเบียนที่ถูกละเมิด ทำแท้ง HIV การบันทึกในระบบ computer จะใช้รหัสโรคที่ไม่ที่มีคำแปลภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีการแยกเก็บเวชระเบียนไว้ต่างหากแยกจากการตรวจโรคทั่ว ๆ ไป ตีตรารหัส"Z"ในchart และOPD cardแยกใส่ตู้ล็อกกุญแจ แพทย์

ผู้รักษาเท่านั้นที่มีสิทธิเข้าถึงเวชระเบียน

ปัญหาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเรื่องการเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับการขอประวัติสำหรับผู้ป่วยที่ไปรักษาต่อที่อื่น เดิมต้องรอผู้อำนวยการผู้ทำการแทนอนุญาตก่อนให้สำเนาเวชระเบียนแต่การปฏิบัติจริงได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยถือไปก่อนเนื่องจากเพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อเนื่องของแพทย์ที่ต้องการดูแลเร่งด่วนหรือโรงพยาบาลส่งโทรสารเพื่อขอประวัติเพื่อการดูแลต่อเนื่องซึ่งอยู่ระหว่างแก้ไขในระเบียบดังกล่าว

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:

โรงพยาบาลกันตังมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยแพทย์ผู้รักษาดูแลจะทำหน้าที่อธิบายแก่ผู้ป่วยและญาติในข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนมีพยาบาลประจำที่มีหน้าที่ดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ด้วย โรงพยาบาลยึดสิทธิผู้ป่วยเป็นหลักการอธิบายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลโดยเร็วแพทย์และพยาบาล สหวิชาชีพที่ดูแลรักษาร่วมกันทำงานเพื่อการรักษาที่ดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลกันตังและต้องส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับสูงขึ้น โรงพยาบาลกันตังจะโทรศัพท์ประสานไปยังโรงพยาบาลนั้นถ้ามีการขอประวัติเพิ่มเติมจะจัดส่งเวชระเบียนส่วนที่เกี่ยวข้องเช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปพร้อมการส่งต่อรายนั้น

เวชระเบียนผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ การระบุตัวผู้ป่วยทุกราย การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ยึดเลขบัตรประชาชนเป็นหลัก เวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

1. มีการบันทึกเวชระเบียนที่เพียงพอ มีใบรายงานครบตามมาตรฐานและบันทึกได้อย่างต่อเนื่อง
2. มีการใช้ข้อมูลการบันทึกและประมวลผลในระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการดูแลรักษา คุณภาพ และงานวิจัย
3. มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการระบุตัวผู้ป่วย บ่งชี้ตัวผู้ป่วยด้วยเลขบัตรประชาชน มีชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด ชื่อบิดามารดา ที่อยู่ เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานจากข้อมูลผู้แจ้งเรื่องผู้ป่วย ความเกี่ยวข้อง มากกว่า ร้อยละ 80 มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ที่ประกอบด้วยประวัติจากผู้ป่วย มีการลงบันทึกใน OPD และฉุกเฉิน การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีเทคนิค รวมทั้งการตรวจพิเศษที่จำเป็นอื่น ๆ มีการบันทึกจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งบันทึกการพยาบาลมีการบันทึกความก้าวหน้าทางการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น มีการสรุปเมื่อจำหน่ายให้เสร็จภายใน 5 วัน ทั้งการเรียงเวชระเบียนตามมาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อแพทย์เขียนวินิจฉัยโรคและหัตถการ เจ้าหน้าที่เวชสถิติจะให้รหัสการวินิจฉัยและรหัสหัตถการผ่าตัด ตามเกณฑ์ให้รหัส ICD 10 และ ICD 9-CM ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการบันทึกคอมพิวเตอร์สามารถใช้ข้อมูล รวมทั้งการเรียกดูข้อมูลในการ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.กันตัง

รักษาย้อนหลังได้ ตลอด 24 ชั่วโมง ในระบบคอมพิวเตอร์และเวชระเบียนมีการลงข้อมูลครอบคลุมทั้งในส่วนประวัติทั่วไป การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การรักษา ประวัติการแพ้ยา การนัดผู้ป่วย การติดตาม

รวมทั้งในระบบHos xp การส่งเบิกยอดอาหารผู้ป่วย งานสารสนเทศของโรงพยาบาลได้เชื่อมต่อการใช้งานได้ดี การประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา ทีมสารสนเทศของโรงพยาบาลได้นำข้อมูลคุณภาพที่ประมวลผลได้ เช่นข้อมูลการREADMITTED ภายใน 28 วันโดยคั่นเวชระเบียนนำส่งทีมPCT ต่าง ๆ เพื่อทบทวนว่าเป็นโรคเดิมหรือไม่ โดยแต่ละทีมPCT ทบทวนนำผลการทบทวนลงในระบบ intranetที่ทีมสารสนเทศได้วางระบบไว้เพื่อลงข้อมูลผลการทบทวนนอกจากนั้นการใช้ trigger tool มาคัดกรองเวชระเบียนทบทวนหาAE และมีการนำhigh risk chart มาทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่อันตรายเกิดขึ้นในระดับใด การทบทวนด้วยการสุ่มเวชระเบียนทุก 10 ฉบับ การวางแผนและดูแลผู้ป่วยประจำวันโดยใช้แนวทางC3THER ทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้มีการบันทึกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีประโยชน์กับทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันเช่นนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ กลุ่มงานเภสัชกรรมเช่นการดูแลข้างเตียงผู้ป่วย stoke ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีแผลเรื้อรังเป็นการเยี่ยมใช้ข้างเตียงร่วมกันดูแลให้คำปรึกษาการใช้เวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐาน ถ้ามีหลักฐานการบันทึกที่อธิบายตามวินิจฉัยโรคพร้อมการดูแลที่รักษาอย่างสุดความสามารถ ทำให้มีรายละเอียดการบันทึกที่อธิบายตามหลักทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดีทำให้ญาติเข้าใจและลดความเสี่ยงการฟ้องร้องได้

การประเมินการดูแลผู้ป่วยในทุกตึกจะมีการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีการรายงานความเสี่ยงทบทวนเวชระเบียนในทุกตึกประจำเดือน ในด้านการส่งยาเพื่อใช้ยาความคาดเคลื่อนของการใช้ยา มีการทบทวนจากเวชระเบียนที่จำหน่ายไปแล้วมาทบทวนการใช้ยา มีการใช้เวชระเบียนเพื่อทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต เพื่อหาร่วมกันค้นหาปัญหาการรักษาพยาบาล มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์สปสช.ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบปัญหาขาดการตรวจสอบความสมบูรณ์ผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากแบบการประเมินใช้รูปแบบที่คิดขึ้นเอง ไม่มีโปรแกรมสำเร็จรูปเช่นเกณฑ์ 9 ข้อของสำนักงานประกันสุขภาพความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในในโครงการทบทวนคุณภาพการบันทึก ทีมคณะกรรมการสารสนเทศโรงพยาบาลกันตัง (IM)ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล และ สหวิชาชีพ ร่วมกันทบทวนเวชระเบียนในระยะ 3 ปี สำหรับเวชระเบียนที่ตรวจสอบและการบันทึกที่จำเป็นต้องมี ล่าสุดในปี 2559 พบว่าสรุปการตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลกันตังในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก แต่ยังคงมีการพัฒนาในส่วนที่ยังพัฒนาได้ เช่น Rehabilitation record Consultation record และ Informed consent ต้องขอความร่วมมือผู้ที่มีหน้าที่บันทึกให้เล็งเห็นความสำคัญของการบันทึก ซึ่งมีผลต่อข้อกฎหมายและการพัฒนาโรงพยาบาลในอนาคต

มีการพัฒนาทั้งปรับปรุงแบบฟอร์ม ทำการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์สำนักงานประกันสุขภาพและแจ้งผลคุณภาพเวชระเบียนไปยังองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทีมPCTที่เกี่ยวข้อง

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน:

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.กันตัง

- จากผลการทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ทันเวลานั้นจากการประเมินที่ผ่านมาส่วนที่ต้องปรับปรุงและได้คะแนนต่ำคือส่วนระหว่างหน่วยงานสหวิชาชีพ และมีการใช้แบบฟอร์มนาน ๆ ครั้ง ที่มทบทวนคุณภาพการบันทึกการบันทึกเวชระเบียนจะส่งต่อปัญหาให้กับผู้รับผิดชอบรับทราบและทำให้เกิดการพัฒนาในส่วนนี้ได้โดยยั่งยืน

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

มีการนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนร่วมกันในกลุ่มMRA ร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญที่ควรจะได้รับปรับปรุง เช่น

แนวทางปฏิบัติการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล

แนวทางปฏิบัติการใช้สัญลักษณ์ รหัส คำย่อทางการแพทย์ที่ใช้ในโรงพยาบาล

แนวทางปฏิบัติการรักษาความลับผู้ป่วยกรณีพิเศษ

แนวทางปฏิบัติการจัดเก็บและการทำลายเวชระเบียน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
51. การวางแผนและออกแบบระบบบริหารเวชระเบียน		● ให้มีแผนการปรับปรุงระบบเวชระเบียนสม่ำเสมอ และต่อยอดระบบ paperless ให้มีการพัฒนายิ่งขึ้นไป
52. ความสมบูรณ์ของการบันทึก		● มีการวางระบบการทบทวนที่สม่ำเสมอและชัดเจน สามารถกำกับดูแลระบบการบันทึกที่สมบูรณ์เพื่อเพิ่มเป้าหมายความสมบูรณ์การบันทึกให้สูงขึ้น
53. การทบทวนเวชระเบียน		● พัฒนาคูคณาการในการ Auditorและจัดอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง