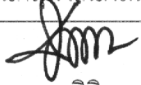


โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า : 1/2
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : KKH-7-150		ฉบับที่ : ข
เรื่อง : ความรับผิดชอบของแพทย์ในการบันทึกเวชระเบียน		วันที่ : R 25 ธันวาคม 2557
แผนก : องค์กรแพทย์	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์ทุกคนในกลุ่มงานคลินิกบริการ	
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการองค์กรแพทย์	ผู้อนุมัติ :  (นายธรรมนุญ วิสิฐธนวรรธ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น	

**นโยบาย :**

โรงพยาบาลมีนโยบายให้จัดทำเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอต่อการดูแลรักษา

**วิธีปฏิบัติ :**

1. แพทย์เจ้าของผู้ป่วยต้องรับผิดชอบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละรายให้สมบูรณ์ ดังนี้
  - ก) บันทึกประวัติ
  - ข) การตรวจร่างกาย
  - ค) แผนการรักษา
  - ง) การทำหัตถการ
  - จ) การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
  - ฉ) บันทึกสรุปเมื่อจำหน่าย
2. แพทย์เจ้าของผู้ป่วยต้องบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง ยกเว้นแต่เคยมีการบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ไว้ภายในเวลา 30 วัน ให้ใช้บันทึกเดิมร่วมกับประวัติเพิ่มเติมและผลการตรวจร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดทุกราย ต้องมีบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ให้เรียบร้อยก่อนการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกรายจะต้องได้รับการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก โดยแพทย์ผู้ดูแลในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ร่วมงานเข้าใจเหตุผลของคำสั่งการตรวจรักษาต่าง ๆ และสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย โดยต้องลงนามและระบุวันเวลาที่บันทึกอย่างชัดเจน
5. คำสั่งแพทย์ทุกคำสั่งต้องระบุใช้กับผู้ป่วยเป็นราย ๆ และจะต้องลงนามโดยแพทย์ผู้ออกคำสั่ง คำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าแล้วจะใช้ได้ต่อเมื่อ มีการทำเครื่องหมายในคำสั่งที่จะใช้ และขีดคำสั่งที่จะไม่ใช่ออก พร้อมทั้งลงนาม (แพทย์ผู้ออกคำสั่ง หรือ ผู้รับคำสั่ง)
6. คำสั่งการรักษาทั้งหมดจะต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร คำสั่งด้วยวาจา จะต้องได้รับการถ่ายทอดเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ได้รับคำสั่ง โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ คำสั่งการรักษา ทางโทรศัพท์ จะต้องลงนามโดยผู้รับคำสั่งควบคู่กับชื่อของแพทย์และแพทย์จะต้องลงนามกำกับภายในเวลา 24 ชั่วโมง
7. คำสั่งของแพทย์ต้องเขียนให้ชัดเจน อ่านง่าย และครบถ้วน คำสั่งที่อ่านไม่ออกหรือไม่ถูกต้องเหมาะสม จะไม่ได้รับการปฏิบัติจนกว่าจะมีการแก้ไขให้ชัดเจน ถูกต้อง

8. แพทย์จะต้องประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการระงับความรู้สึก พร้อมทั้งบันทึกทางเลือกของวิธีการระงับความรู้สึก (GA, regional, local) ไว้ในเวชระเบียน รวมทั้งประสบการณ์และปัญหาจากการระงับความรู้สึกในอดีตของผู้ป่วย
9. แพทย์ผู้ผ่าตัดจะต้องจัดทำรายงานการผ่าตัดที่สมบูรณ์ทันทีหลังการทำผ่าตัด โดยระบุชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ผู้ช่วย การวินิจฉัยก่อนและหลังการผ่าตัด การตรวจพบ หัตถการ และเทคนิคที่ใช้
10. การปรึกษาระหว่างแพทย์จะต้องมีบันทึกของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ระบุผลการทบทวนเวชระเบียน ผลการตรวจร่างกาย ความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้ให้คำปรึกษา และเก็บไว้เป็นส่วนหนึ่งของเวชระเบียน หากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการผ่าตัดแล้วจะต้องบันทึกการให้คำปรึกษาก่อนที่จะผ่าตัด
11. สัญลักษณ์/ตัวย่อที่ใช้เป็นสากลและโรงพยาบาลรับรอง ควรมีรายการคำย่อที่ได้รับอนุมัติให้ใช้ในแผนกเวชระเบียนและพร้อมที่จะทำให้ทุกหน่วยงานใช้อ้างอิง
12. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย แพทย์เจ้าของผู้ป่วยต้องบันทึกการวินิจฉัยโรค ขั้นสุดท้ายและบันทึกสรุป จำหน่ายซึ่งมีรายละเอียดเพียงพอที่จะสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและเข้าใจสภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
13. แพทย์เจ้าของผู้ป่วยจะต้องจัดทำบันทึกเวชระเบียนที่ตนดูแล ให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ภายใน 7 วัน นับแต่วันจำหน่าย แพทย์ที่ไม่จัดทำบันทึก ให้รีบร้อยในเวลาดังกล่าว จะถูกย้อนกลับ โดยคณะกรรมการเวชระเบียนและกลุ่มงาน
14. บันทึกเวชระเบียนถือเป็นทรัพย์สินของโรงพยาบาล ไม่สามารถนำออกจากเขตโรงพยาบาล และสถานที่เก็บ ยกเว้น เป็นไปตามคำสั่งศาล หมายศาล หรือบทบัญญัติตามกฎหมาย
15. การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์แก่บุคคลอื่น จะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย
16. สมาชิกขององค์กรแพทย์ สามารถใช้ข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อการศึกษาวิจัยได้โดยต้องรักษา ไว้ซึ่งความลับ ของข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย องค์กรแพทย์อาจจะได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ โดยให้ประธานองค์กรแพทย์เป็นผู้พิจารณา