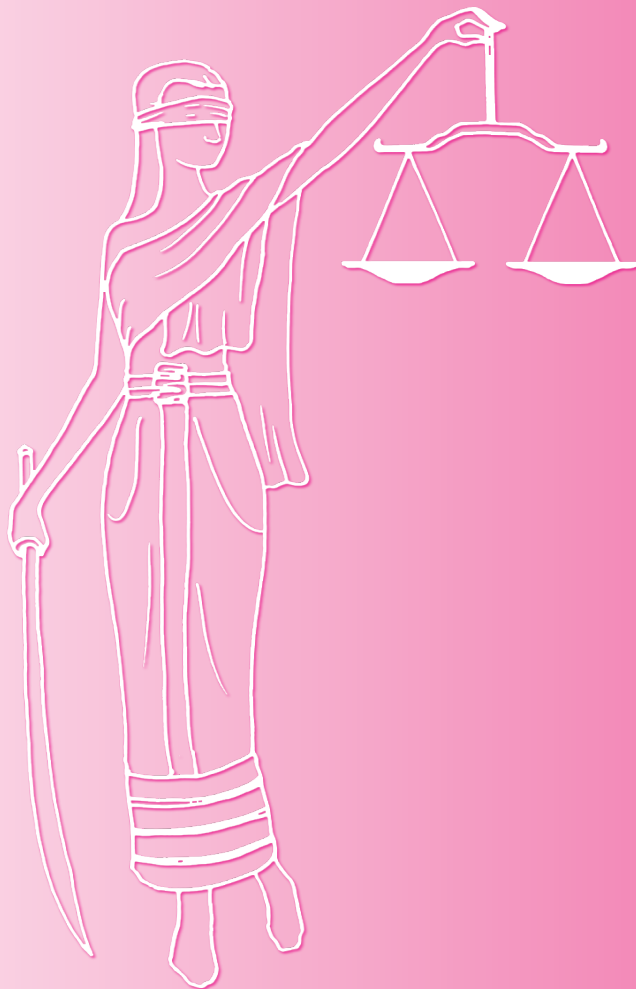




คู่มือแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สภาการพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

2557

คู่มือแนวทางการบันทึก
และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline)

ฉบับปรับปรุง ปี 2557

คู่มือแนวทางการบันทึก

และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline)

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1

ปี 2557

- แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ISBN : 978-616-7859-11-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2557

จำนวน : 7,500 เล่ม

จัดทำโดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

พิมพ์ที่ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด
5/37-41 ถนนรองเมือง ซอย 5 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0 2214 4660 โทรสาร 0 2612 4509
E-mail : smprt2005@yahoo.com



คำนำ

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพนั้น สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการทบทวนทั้งในด้านกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้น การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) โดยความเห็นชอบของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยได้ประกาศใช้ในปี 2553 ซึ่งหน่วยบริการได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการบันทึกและเป็นเกณฑ์ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนถึงปัจจุบัน ดังนั้น เพื่อให้คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนดังกล่าวได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ในปีงบประมาณ 2556-2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองร่วมกับผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน เพื่อปรับปรุงแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557

ขอขอบคุณ ผู้แทนจากสภาการพยาบาล ผู้แทนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ผู้แทนจากหน่วยบริการ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พร้อมด้วยผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกเขต และผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคู่มือนี้ ตลอดจนคณะทำงานทุกท่าน ที่ร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี 2557 เล่มนี้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์

(นายวินัย สวัสดิ์ตอร์)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรกฎาคม 2557



สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ค
บทนำ	1
เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit	2
การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจประเมิน	2
กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	
คำนิยาม และ คำจำกัดความ	3
แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	9
คำชี้แจง	10
ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	11
ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	17
ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	25
ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน : Medical Record Audit Form (OPD/ER)	27
แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	29
คำชี้แจง	30
ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	33
ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	47
ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	61
ส่วนที่ 4 แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน : Medical Record Audit Form (IPD)	65

**เอกสารอ้างอิง****67****ภาคผนวก**

- ก. แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ ของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2542 69
- ข. แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน 73
ตามประกาศของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2557
- ค. การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย 77
ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2555
- ง. ตัวย่อที่เป็นสากล อ้างอิงตาม ICD-10 2010 และ ICD-9-CM 2010 99
(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2010 และ International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification : Classification of Procedures, Version for 2010)
- จ. รหัสการทำผ่าตัดหรือหัตถการที่จำเป็นต่อบันทึกรายละเอียด 115
- ฉ. รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ 189
การบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2557
- ช. กองบรรณาธิการ 193
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



บทนำ

เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือผลการชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุข หรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ โดยมีกลยุทธ์ที่จะผลักดันให้เครือข่ายหน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ตลอดจนในชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ซึ่งมีภารกิจในการตรวจสอบคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับสถานการณ์การให้บริการ และการจ่ายชดเชย เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า จึงเล็งเห็นว่า การบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ และสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการทบทวนทั้งในด้านการบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพการดูแลรักษาว่ามีมาตรฐาน ดังนั้น การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่ช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม



เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record Audit

ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medical Record Audit ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่าการทบทวนเวชระเบียนนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน และทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แกไขส่วนขาดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนจึงต้องทำอย่างดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน

การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจประเมิน

กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR: Electronic medical record)

หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้ม ที่ถูกจัดเก็บโดยวิธีถ่ายภาพลงใน Microfilm หรือสแกนภาพลงบนสื่ออิเล็กทรอนิกส์คอมพิวเตอร์ เช่น แผ่นซีดี เทป ฮาร์ดดิส หรืออื่นๆ ตามช่วงเวลาการดำเนินงาน ตัวอย่างเวชระเบียนที่เก็บในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่จัดเก็บในโปรแกรม HOSXP เวชระเบียนผู้ป่วยในที่สแกนเอกสาร และจัดเก็บตามระบบหมายเลขการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admission number: AN) ของโรงพยาบาล เป็นต้น

การจัดเตรียมเอกสารของหน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบ กรณีหน่วยบริการบันทึกข้อมูลบริการหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีแนวทางดังนี้

1. กรณีที่หน่วยบริการมีการจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถใช้หนังสือส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือส่งเอกสาร ให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของหน่วยบริการนั้น
2. กรณีการตรวจประเมินจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ตรวจประเมินดำเนินการเข้าตรวจในหน่วยบริการ
 - 2.1. หน่วยบริการต้องแจ้งระบบของการจัดการเวชระเบียน การเข้าถึงการบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน ให้ทีมตรวจประเมินรับทราบ โดยให้ผู้ตรวจประเมินสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการท่านใด และการบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
 - 2.2. กรณีผู้ตรวจประเมินมีการขอเอกสารเพิ่มเติม และหน่วยบริการได้จัดพิมพ์เอกสารจากระบบตามที่ทีมตรวจประเมินร้องขอในวันที่ตรวจประเมิน หน่วยบริการไม่ต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองเอกสารนั้น



คำนิยาม และ คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน (General case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก หรือฉุกเฉินด้วยโรคทั่วไป การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากบันทึกการตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

2. ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น รายละเอียดดังนี้

2.1 กรณีที่เป็นโรคเรื้อรังมาแล้วเกินเวลา 3 เดือน การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น First visit date

2.2 กรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา น้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ ให้ใช้ข้อมูลจากการตรวจพบโรคเรื้อรังในครั้งนั้น เป็นข้อมูลการตรวจประเมิน First visit date

2.3 วัตถุประสงค์ของการตรวจประเมินกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างน้อยปีละครั้งในทุกต้นปี

(สำหรับช่วงเวลาหรือปีที่ต้องการตรวจนั้น ให้ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนด)

ตัวอย่าง : หน่วยบริการกำหนดช่วงเวลาที่จะตรวจสอบเป็นปี 2556 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2556) และกำหนดตรวจประเมินผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังในโรคเบาหวาน กรณีที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2555 และไม่มีการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในช่วงต้นปี 2556 จะใช้ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2555 เป็นประวัติการเจ็บป่วยของการตรวจสอบในปี 2556 ในส่วนของ First visit date (2.2) แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วก่อนหน้านั้น การตรวจประเมินจะใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากการตรวจรักษาในโรคเรื้อรังครั้งแรก ของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) เป็น First visit date (2.1)

3. Visit date ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป และผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจประเมิน

4. First visit date (1st visit date) ใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง

หมายถึง วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจโรคเรื้อรังครั้งแรกของปีทำการตรวจประเมิน (ปีปฏิทิน) หรือช่วงเวลาที่กำหนดว่าจะทำการตรวจประเมิน ในกรณีที่มีการตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาก่อนเป็นเวลา



น้อยกว่า 3 เดือนของปีหรือในช่วงเวลาที่ต้องการตรวจ เช่น กรณีเพิ่งตรวจพบโรคว่าเป็นโรคเรื้อรัง ในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ของปีที่ผ่านมา ให้ใช้ข้อมูลนั้นเป็น First visit date

5. ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ

หมายถึง ช่วงเวลาที่ต้องการตรวจประเมิน อาจเป็นเดือนหรือปี เช่นในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปีโดยกำหนดให้เป็นปีปฏิทิน (ช่วง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม) ที่ต้องการตรวจประเมิน เพื่อความสะดวกของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลในเรื่องของระบบการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับผู้ตรวจประเมินหรือหน่วยบริการกำหนดตามความเหมาะสม

6. เลขประจำตัวประชาชน (ID number)

หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย

7. เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number : HN)

หมายถึง หมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเลขประจำตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับบริการครั้งแรกที่โรงพยาบาล โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยรายนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขประจำตัวผู้ป่วยรายอื่นๆ

8. หมายเลขการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admission number : AN)

หมายถึง หมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นมา เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งอื่นๆ หากผู้ป่วยรายใดเคยเข้านอนโรงพยาบาลเดียวกันหลายๆ ครั้ง ก็จะมีหมายเลขการรับเข้าโรงพยาบาลในโรงพยาบาลหลายเลขโดยไม่ซ้ำกัน

9. ชื่อผู้ป่วย (Patient name)

หมายถึง คำนำหน้า ชื่อ และนามสกุลผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

10. ที่อยู่ของผู้ป่วย (Patient address)

หมายถึง บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

11. เพศ (Sex)

หมายถึง เพศของผู้ป่วยที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลมีค่าเป็น ชาย (Male) หรือ หญิง (Female)

12. สถานภาพสมรส (Marital status)

หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าเป็น โสด หรือ สมรส หรือ หม้าย (คู่สมรสตายจาก) หรือ หย่า (คู่สมรสหย่าร้าง) หรือ แยกกันอยู่ (คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังไม่หย่า) อาจบันทึกเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

13. เชื้อชาติ (Ethnic group)

หมายถึง เชื้อชาติของผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล



14. อาชีพ (Occupation)

หมายถึง ข้อมูลอาชีพของผู้ป่วย ที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานรหัสอาชีพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

15. วันเกิด (Date of birth)

หมายถึง วัน เดือน ปี พุทธศักราช ที่ผู้ป่วยเกิด ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

16. อายุ (Age)

หมายถึง อายุของผู้ป่วย มีหน่วยเป็นปี ถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีหน่วยเป็นเดือน ถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน มีหน่วยเป็นวันถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน

17. อายุเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล (Age at admission)

หมายถึง อายุของผู้ป่วย ในวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล มีหน่วยเป็นปีถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีหน่วยเป็นเดือนถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน มีหน่วยเป็นวันถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน

18. น้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วยทารก (Birth weight: Infant only)

หมายถึง น้ำหนักตัวแรกเกิด หน่วยเป็นกรัม ใช้กับผู้ป่วยทารกที่มีอายุไม่เกิน 1 ปี เท่านั้น

19. การวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis)

หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลัก ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือเข้ารับการรักษาครั้งนั้น ซึ่งบันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น โดยให้แพทย์พิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการรักษาในครั้งนั้น แต่หากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญพอๆกันมากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาเลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด และถ้าเป็นกรณีที่การวินิจฉัยโรคไม่ชัดเจน อาจบันทึกอาการและอาการแสดงเป็นภาวะหลัก (ไม่บันทึกอาการหากทราบว่าอาการนั้นมาจากเป็นโรคใด)

20. การวินิจฉัยร่วม (Comorbidity (s))

หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมกพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือมีมูลค่าการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

21. โรคแทรกที่เกิดขึ้นหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Complication (s))

หมายถึง โรคแทรกที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมกพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยเทียบเท่ากับการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 1 วัน

22. โรคอื่นๆ (Other diagnosis)

หมายถึง โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือ



โรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

23. สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (External cause (s) of Injury)

หมายถึง สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี บันทึกได้หลายสาเหตุ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับพิษ หรือเกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา มักเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย อาจบันทึกเป็นภาษาไทยถ้าแพทย์คิดว่ากรบันทึกภาษาไทยจะทำให้บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ได้ดีกว่า

24. การผ่าตัดหรือหัตถการ (Operation หรือ Procedure)

หมายถึง การผ่าตัด หรือหัตถการที่ทำ ทั้งในและนอกห้องผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยในในครั้งนั้น ที่เป็น Major operative room procedures และ Non- operative room procedures ที่ Effected Thai DRGs

25. การสรุปข้อมูลทางคลินิก (Clinical summary)

หมายถึง การสรุปสาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้ (ส่วนใหญ่สรุปไว้ใน OPD card) โดยต้องมีข้อมูลต่อไปนี้โดยสังเขป ดังนี้

- 25.1 สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับ หรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- 25.2 การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- 25.3 การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- 25.4 แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- 25.5 Home medication

26. สถานะของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล (Discharge status)

หมายถึง สถานะ ของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยตัวเลขนำหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติ ซึ่งต้องเป็นตัวเลข standard และความหมาย ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีสถานะเป็นอย่างไรอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. Complete recovery : หายขาดจากโรค (ไม่ใช้กับการคลอด)
2. Improved : อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด (ไม่ใช้กับการคลอด)
3. Not improved : อาการไม่ดีขึ้น (ไม่ใช้กับการคลอด)
4. Delivered : ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนจำหน่ายเท่านั้น
5. Undelivered : ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้เพื่อคลอด แต่ไม่คลอดเมื่อจำหน่ายเท่านั้น
6. Normal child discharged with mother : ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายพร้อมมารดาเท่านั้น



7. Normal child discharged separately : ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายแยกจากมารดาเท่านั้น
9. Dead : เสียชีวิต

27. ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge type)

หมายถึง ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย โดยตัวเลขนำหน้าคือรหัสที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลทางสถิติ ซึ่งต้องเป็นตัวเลข standard ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีสถานะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. With approval : จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต
2. Against advice : ผู้ป่วยขอออกไปทั้งๆ ที่แพทย์แนะนำว่าควรรักษาต่อในโรงพยาบาล หรือไม่สมัครใจอยู่
3. Escape : หนีออกจากโรงพยาบาล
4. By transfer : ส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลแห่งอื่นโดยทันทีหลังออกจากโรงพยาบาล (ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ)
5. Other : การจำหน่ายรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ประเภทที่ 1 2 3 และ 4
8. Dead, Autopsy : เสียชีวิต มีการตรวจศพ
9. Dead, No autopsy : เสียชีวิต ไม่ได้ตรวจศพ

28. แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย (Attending physician)

หมายถึง แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย และ หรือ แพทย์ผู้สรุป

29. แพทย์ผู้ตรวจสอบ (Approving physician)

หมายถึง แพทย์ผู้ตรวจสอบการสรุป (อาจเป็นคนเดียวกับผู้สรุป)

30. นิยามและเครื่องหมายอื่นที่ใช้ในหนังสือฉบับนี้

- 30.1 คำว่า “และ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ทั้งหน้าและหลัง ต้องมีทั้ง 2 ส่วน
ตัวอย่าง “บันทึกวันเดือนปี และ เวลา”
- 30.2 คำว่า “หรือ” หมายถึง ต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง
ตัวอย่าง “บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ”
- 30.3 คำว่า “และ หรือ” หมายถึง ข้อความที่อยู่ข้างหน้าต้องมี ข้างหลังจะมีหรือไม่ก็ได้
- 30.4 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรค และจบด้วยคำว่า “และ” ให้หมายถึง ต้องมีทั้งหมดที่กล่าวมา
ตัวอย่าง “มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ และอายุ”
- 30.5 กรณีที่มีข้อความหลายวรรคตอน โดยใช้การเว้นวรรค และไม่มีคำว่า “และ” ให้เป็นวิจรรย์ญาณของผู้ตรวจสอบ
ตัวอย่าง “มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)”

แนวทางการบันทึก
และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน



คำชี้แจง

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1** แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2** เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3** การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 4** แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน
Medical Record Audit Form (OPD)

การใช้แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. ศึกษาแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในส่วนที่ 1 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนในส่วนที่ 2 และการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในส่วนที่ 3 อย่างละเอียด
2. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 7 เรื่อง โดยแบ่งการตรวจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป/ฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case)
 - 2.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Patient's profile
 - 2.1.2 History
 - 2.1.3 Physical examination
 - 2.1.4 Treatment/Investigation
 - 2.1.5 Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)
 - 2.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Operative note
 - 2.2.2 Informed consent
3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (ส่วนที่ 3) โดยใช้ Medical Record Audit Form (OPD/ER) (ส่วนที่ 4)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ในแต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (Overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

เนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 7 เรื่อง แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 1.1 Patient's profile
 - 1.2 History
 - 1.3 Physical examination
 - 1.4 Treatment/ Investigation
 - 1.5 Follow up (เฉพาะกรณีโรคเรื้อรัง และกรณีโรคทั่วไปที่แพทย์นัดมารักษาต่อเนื่อง)
2. เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 7 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.1 Operative note
 - 2.2 Informed consent

แนวทางการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมิน และแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก

1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

แนวทางการพิจารณา

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือ หน้าแรกของเวชระเบียน หรือ แผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล หรือ กรณีที่เขียนด้วยดินสอ โดยไม่มีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่กำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน



แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง....) HN และ อายุ (หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้)
2. บันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน
3. บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องบรรยายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
4. บันทึกข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”
5. บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อ หรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)
6. บันทึกข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”
7. บันทึกข้อมูลวันเดือนปี ที่บันทึกข้อมูล และชื่อผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล
8. ข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ใน **ทุกแผ่น** ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ

2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
2. บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (**กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป**) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (**กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง**) กรณีไม่ได้รับการที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
3. บันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา



4. บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
5. บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
6. บันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0–14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history
7. บันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
8. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัวและไม่มีญาติ”

3. Physical examination : การตรวจร่างกาย

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
2. บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
3. บันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
4. บันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย
5. บันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
6. บันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
 - 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่สูงน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)
7. สรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย



4. Treatment/ Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจ จะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ
2. บันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่ แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”
3. บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย
4. บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการ ที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษา อยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
5. กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา
6. บันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up
7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
8. กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการระบุเหตุผลการใช้ยา

5. Follow up : การตรวจติดตาม

แนวทางการพิจารณา

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บันทึกในการมารับบริการในครั้งนั้น

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up
2. บันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้
3. บันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คลำ เคาะ ฟัง)
4. บันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้น
5. บันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment) กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา กรณีที่เขียน RM (Repeat medication) ให้ระบุวันเดือนปีที่ Repeat medication นั้น และต้องมีการ Review รายการยาปีละครั้งเป็นอย่างน้อย
6. บันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจอาจ จะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน Standing



- order นั้น กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ
7. บันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป
 8. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 9. กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

6. Operative note : บันทึกการผ่าตัด หรือการหัตถการ

แนวทางการพิจารณา

1. ใช้การบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้นในการประเมิน
2. ตำแหน่งที่บันทึก อาจเป็น OPD Card ใน Visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ แบบฟอร์มการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ Operative note
3. แนวทางในการพิจารณาว่า การทำผ่าตัดหรือหัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 3.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในท้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 3.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในท้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
2. บันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)
3. บันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures) วิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก ผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
4. บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ
5. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง
6. มีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัดหรือหัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย



7. Informed consent

บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือกำหัตถการ

แนวทางการพิจารณา

1. การบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งนั้น
2. แนวทางในการพิจารณาว่า ต้องมีบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา ใช้เกณฑ์การพิจารณาแนวทางเดียวกับ Operative note

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
2. ลงลายมือชื่อ และนามสกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล
3. ลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)
4. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป
5. ลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ
6. กรณี ใช้ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
 - 6.1 กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
 - 6.2 กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด)
7. กรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Patient's profile : ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือ หน้าแรกของเวชระเบียน หรือ แผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วย ที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูล หรือ กรณีที่เขียนด้วยดินสอ โดยไม่มีการลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่กำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง...) HN และอายุ หรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันและข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว

- ❖ กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร”
- ❖ กรณีชาวต่างชาติให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง
- ❖ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว”
- ❖ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

- ❖ กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.
- ❖ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติ ให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”



- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุยาหรือสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อหรือไม่มีประวัติการแพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่มีประวัติการแพ้”)
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลหมู่เลือดหรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด”
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลวันเดือนปีที่บันทึกข้อมูล ชื่อ และนามสกุลผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN ใน **ทุกแผ่น** ของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีข้อมูลชื่อ นามสกุล และ HN **ทุกหน้า** ที่ส่งให้ตรวจสอบ
- หมายเหตุ** **หัก 1 คะแนน** กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไขนั้น ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น



2. History : ประวัติการเจ็บป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่บันทึกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึก Chief complaint: อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาที่ใด”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึก Underlying disease และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน ถูกต้องครบถ้วนตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีที่ไม่มี Underlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี.....” หรือ ข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี) หรือประวัติ Vaccination และ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ 0–14 ปี) หรือ Social history หรือ Personal history (กรณีไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ NA)
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว
- หมายเหตุ**
- 1) เกณฑ์การประเมินในข้อ 3, 4, 5, 6 และ 7 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA
 - 2) **ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน**
กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many)



3. Physical examination : การตรวจร่างกาย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจร่างกายของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกวันเดือนปี และ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินครั้งแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ ดู หรือ เคาะ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการตรวจร่างกายโดยการ คลำ หรือ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่ สอดคล้องกับ chief complaint กรณีที่ผลการตรวจปกติอาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึก Blood Pressure ทุกราย ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วย กรณีไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
- 1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - 2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือ ค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย



4. Treatment/Investigation : การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การรักษา หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing นั้น

- ❖ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA
- ❖ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจ วินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ **ไม่ผ่านเกณฑ์**
- ❖ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้น กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ จำนวนยาที่ส่งจ่าย
กรณีไม่มีการสั่งยา ให้เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค หรือ ภาวะการเจ็บป่วย หรือ การปฏิบัติตัวหรือ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือ ข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือ แผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 กรณีมีการปรึกษาระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาที่ผ่านมา
กรณีที่ไม่มี การส่งพบแพทย์อื่นให้ เป็น NA

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก)



5. Follow up : การตรวจติดตาม

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การตรวจติดตามที่บ้าน ที่กในการให้บริการในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกประวัติ หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค ที่สอดคล้องกับการรักษาที่ให้

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น (ดู คำ เคาะ ฟัง)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) หรือ สรุบบัญญาที่เกิดขึ้น และมีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)

กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ รังสี หรือการตรวจอื่นๆ การสั่งตรวจ อาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้ กรณีที่เป็น Standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing นั้น

❖ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจ ให้เป็น NA

❖ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ และมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจไม่ผ่านเกณฑ์

❖ กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ Refer) ต้องระบุ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวัง เกี่ยวกับการรับประทานยา แผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือการนัดมา Follow up ครั้งต่อไป
กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการตรวจรักษาโดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการส่งใข่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)

6. Operative note : บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการครั้งนั้น โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ

2. ตำแหน่งที่บันทึก มีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

2.1 ใน OPD Card ใน Visit ที่เข้ารับการรักษา หรือ

2.2 แบบฟอร์มการทำผ่าตัด หรือหัตถการ หรือ

2.3 ส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของ Operative note



3. ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมิน
5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัดหรือหัตถการ (Operative findings)
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด หรือหัตถการ (Operative procedures)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกวิธีการให้ยาชา หรือยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกผลการทำผ่าตัดหรือหัตถการ หรือ การวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ (Post operative diagnosis) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กรณีที่มีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ”
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัดหรือหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบในการผ่าตัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีผู้ที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการนั้น เป็นผู้ที่ไม่มิใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง



7. Informed consent : บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งอาจอยู่ใน OPD Card หรือในส่วนที่หน่วยบริการระบุว่าเป็นส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษาในครั้งนั้น

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่า เป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

(1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

(2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็นการเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยสังเขป

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

1. Missing หมายถึง จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ บางส่วนของเวชระเบียนไม่ครบหรือหายไป ให้ระบุ “M” (Missing)
2. NA หมายถึง ไม่จำเป็นต้องมีบันทึกสำหรับการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ “NA”
3. Overall findings
 - 3.1 Documentation inadequate for meaningful review
หมายถึง ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน
 - 3.2 No significant medical record issue identified
หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
 - 3.3 Certain issues in question specify
หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหานั้น
4. การรวมคะแนน
 - 4.1 Sum score: รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Missing = 0)
 - 4.2 Full score: รวมคะแนนเต็มจาก contents ที่นำมาประเมิน (ไม่รวม NA)
 - 4.2.1 ผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป (General case), ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency case) คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 19 คะแนน (ใน Content ที่ 1-4 อาจมีกรณี NA จำนวน 9 กรณี)
 - 4.2.2 ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง (Chronic case) กรณีที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง คะแนนเต็มต้องไม่น้อยกว่า 24 คะแนน (ใน Content ของ Follow up อาจมีกรณี NA จำนวน 2 กรณี)

ส่วนที่

4

แบบตรวจประเมินคุณภาพ

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน :

Medical Record Audit Form OPD/ER



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน

Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode HN PID General case Diagnosis Visit Date
Yes No Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง 1st Visit Date

กรณีตรวจ Chronic case ไม่ต้องตรวจ visit ที่เป็น General case

การบันทึก : กรณีที่การบันทึกผิดเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 กรณีที่การบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0

กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับบริการ Visit ครั้งนั้น ให้ระบุ NA กรณีไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ระบุ M (Missing)

Table with 13 columns: No, Contents, NA, M, เกณฑ์ข้อ 1, เกณฑ์ข้อ 2, เกณฑ์ข้อ 3, เกณฑ์ข้อ 4, เกณฑ์ข้อ 5, เกณฑ์ข้อ 6, เกณฑ์ข้อ 7, เพิ่มคะแนน, ทักคะแนน, คะแนนเต็ม, คะแนนที่ได้, หมายเหตุ

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 19 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน: General case)

Sum score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 24 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

Overall finding (...) Documentation inadequate for meaningful review

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) No significant medical record issue identified

(...) Certain issues in question specify

คำอธิบาย NA ไม่จำเป็นต้องมีบันทึก สำหรับการ Visit ครั้งนั้น

Missing (M) ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน

(มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by Audit Date

แนวทางการบันทึก
และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยใน



คำชี้แจง

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 4 Medical Record Audit Form (IPD)

การใช้แนวทางการบันทึกและประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ศึกษาแนวทางการบันทึก (ส่วนที่ 1) เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน (ส่วนที่ 2) และ การใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3) อย่างละเอียด
2. แนวทางการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหา 12 เรื่อง แบ่งเป็น
 - 2.1 เกณฑ์ที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.1.1 Discharge summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
 - 2.1.2 Discharge summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและ ส่วนประกอบอื่นๆ
 - 2.1.3 Informed consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 2.1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 2.1.5 Physical exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 2.1.6 Progress note, Doctor's Order : บันทึกความก้าวหน้า และ หรือการดำเนินโรค โดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - 2.1.7 Nurses' note : บันทึกทางการพยาบาล
 - 2.2 เกณฑ์ที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง มีเกณฑ์การให้คะแนน 9 ข้อ ในแต่ละเรื่อง ได้แก่
 - 2.2.1 Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
 - 2.2.2 Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
 - 2.2.3 Operative note : บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ
 - 2.2.4 Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
 - 2.2.5 Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด



3. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3) โดยใช้ Medical Record Audit Form (IPD) (ส่วนที่ 4)
4. รวมคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) แต่ละ content
5. รวมคะแนนในส่วนของคะแนนเต็ม (Full score) และคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบ (Sum score) ทุก content
6. ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม (overall finding) ตามการใช้แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ส่วนที่ 3)

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เนื้อหาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญ 12 เรื่อง แบ่งเป็น

1. เรื่องที่ต้องมีบันทึกทุกราย 7 เรื่อง ได้แก่
 - 1.1 Discharge summary : Diagnosis, Operation: เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์
 - 1.2 Discharge summary : Others: เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
 - 1.3 Informed consent : บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
 - 1.4 History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
 - 1.5 Physical exam : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - 1.6 Progress note and Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรค โดยแพทย์ และ บันทึกคำสั่งการรักษา
 - 1.7 Nurses' note : บันทึกทางการพยาบาล
2. เรื่องที่ต้องบันทึกเพิ่มเติม ในบางราย 5 เรื่อง ได้แก่
 - 2.1 Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
 - 2.2 Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
 - 2.3 Operative note : บันทึกการทำหัตถการ
 - 2.4 Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
 - 2.5 Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

แนวทางการพิจารณาเอกสารเวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมิน และแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน

1. Discharge summary: Diagnosis, Operation

แนวทางการพิจารณา

1. บันทึก Discharge summary ต้องบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) หรือกรณีที่เป็นกรพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ จะไม่นำเอกสารนั้นมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป



3. กรณีที่มีการบันทึกสรุไปด้วยดินสอ หรือ สรุไปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีที่มี Discharge summary หลายใบ จะต้องมียกย่องรับรองจากหน่วยงาน ที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการ ระบุว่าใช้ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีหนังสือรับรองดังกล่าว ให้ใช้ใบแรกสุดของเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นในการอ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ Summary discharge จึงเป็นเอกสารที่จะนำมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบล็อกอิน (log in) ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ Summary discharge

แนวทางการบันทึก

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ส่วนของเนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์ เป็นการบันทึกสรุปเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยสรุปการวินิจฉัยโรคเรียงลำดับตามหลักเกณฑ์การให้รหัสการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD-10) และการทำหัตถการ (ICD-9-CM)
2. บันทึกสรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis โรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM โดยไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป ด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้
3. บันทึกสรุปการทำหัตถการ วัน เดือน ปี และเวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการ ทุกครั้ง
4. บันทึกสรุปข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้
 - 4.1 สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - 4.2 การ Investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
 - 4.3 การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
 - 4.4 แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ หลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
 - 4.5 Home medication
5. สรุปสาเหตุการตาย (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต)
6. สรุป Discharge status และ Discharge type กรณีที่ Discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ
7. มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา และหรือ แพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และ หรือเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม
8. กรณีที่มีการสรุปหลายลายมือ หรือมีการแก้ไข ต้องลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข รวมถึงกรณีแพทย์ Intern สรุปแล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น



2. Discharge summary : Others

แนวทางการพิจารณา

ใช้แนวทางการพิจารณาเช่นเดียวกับ Discharge summary : Diagnosis, Operation

แนวทางการบันทึก

ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน ในส่วนของเนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและ ส่วนประกอบอื่นๆ โดยมีแนวทางการบันทึก ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด) ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวัน เดือน เกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้)
2. บันทึกข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย) ของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีชาวต่างชาติต้องระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
3. บันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ได้แก่บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
4. บันทึกข้อมูลชื่อโรงพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number : HN) และหมายเลขการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission number : AN) ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
5. บันทึกข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Date and time of admission), วันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย (Date and time of discharge) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
6. บันทึกจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (Length of stay : LOS) และจำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
7. มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสเหตุการณ์
8. มีบันทึกการให้รหัสโรค และการให้รหัสเหตุการณ์ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

3. Informed consent

แนวทางการพิจารณา

1. ใบ Informed consent ที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลผู้ป่วย หรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุล ของผู้ให้คำอธิบาย หรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล จะไม่นำเอกสารนั้นมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการบันทึก
2. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการ



ทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ Informed consent ที่รับทราบว่าจะต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ Informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
2. มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา
3. มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง และกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น
4. มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
5. มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย
6. มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ รายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษา การใช้ระดับความรู้สึกระยะเวลา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดีผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้ง
7. ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

4. History

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารที่มีข้อมูลการบันทึกผู้ป่วยแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนของประวัติผู้ป่วย (ในส่วนของแพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)



2. กรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย
3. บันทึกที่เขียนโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ไม่ใช้ในการประเมิน ยกเว้นกรณีที่มีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
2. บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมือน้อย 3 และ ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในสวนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
3. บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
4. บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงการช้ประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น)
5. บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ Family history, Personal history, Social history และ ประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มาหรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
6. บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ (ไม่ใช่ส่วนของ past illness)
7. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกไปกับ physical examination)
8. ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมินในกรณีที่มีการบันทึก โดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด หรือ กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)



ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

แนวทางการบันทึก

- บันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood pressure ทุกราย (กรณี Blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)
- บันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้
 - กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
 - กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น (กรณีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุ)
- บันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint
- บันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง กรณีที่ความผิดปกตินั้นสามารถแสดงกราฟิกได้
- บันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ และสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษ (Problem list) พร้อมสรุปข้อวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับผลการตรวจ
- บันทึกแผนการรักษา โดยระบุรายละเอียด กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์
- บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

6. Progress note and Doctor's order sheet

แนวทางการพิจารณา

- เอกสารบันทึกความก้าวหน้าอาการทางการแพทย์ที่บันทึกโดยแพทย์ (Progress note) ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8 (ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุโลมให้ใช้การซักประวัติตรวจร่างกายแรกก็ได้)
- เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet) ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9

แนวทางการบันทึก

- บันทึกวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่มีการบันทึก Progress note
- บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, ทุกวันใน 3 วันแรก สำหรับข้อมูลในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ประเมินจากบันทึกการตรวจร่างกายแรกก็ได้ในกรณี



ที่ผู้ป่วยนอนน้อยกว่า 3 วัน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยควรมีรายละเอียดเพียงพอ สำหรับให้แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การดูแลกรณีฉุกเฉินได้

3. บันทึกครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงการรักษา ให้ยา และมีการทำ Invasive procedure
4. บันทึกผลการแปลผล Investigation และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ
5. บันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก ด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
6. มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษาทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) กรณีระบุว่า รศส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง

7. Consultation record

แนวทางการพิจารณา

1. เป็นเอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้า ของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (Consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนก รวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เฉพาะด้านอื่นๆ ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก
2. กรณีที่มีใบประเมินหลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก วัน เดือน ปี เวลา ความรีบด่วนจำเป็น และหน่วยงานที่ขอปรึกษา
2. ระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน โดยบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
3. บันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม คำวินิจฉัย ความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ ของผู้รับปรึกษา พร้อมระบุวัน เดือน ปี และเวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย
4. บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด ด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

8. Anesthetic record

แนวทางการพิจารณา

1. ใช้บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และ บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)



2. การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี Anesthetic Record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ GA, Spinal หรือ Epidural block, Regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมิน

แนวทางการบันทึก

1. บันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก
Class 1 = healthy
Class 2 = mild systemic disease, no functional limitation
Class 3 = severe systemic disease with functional limitation
Class 4 = severe systemic disease which threaten survival
Class 5 = moribund, not expected to survive 24 hours without surgery
E grade = emergency surgery
2. บันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์
3. บันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์
4. บันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้
5. บันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที
6. บันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output
7. บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยทีมวิสัญญี ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยเท่านั้น
8. บันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยทีมวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่ต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อทีมวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9. Operative note(s)

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. กรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบและวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก Operative description จะไม่นำเอกสารนั้นมาประเมิน
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถ



นำมาใช้ในการประเมิน

5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด
 - 5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
 2. บันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (Post operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือ เครื่องหมาย “-----” หรืออื่นๆ
 3. บันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น
 4. บันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post operative diagnosis
 5. บันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการ ประกอบด้วย Position Incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
 6. บันทึกภาวะแทรกซ้อนและจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”
 7. บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
 8. บันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ (แพทย์ วิสัญญี และ Scrub nurse) และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
 9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- หมายเหตุ** หักคะแนนกึ่งหนึ่ง ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมด ในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง

10. Labour record

แนวทางการพิจารณา

พิจารณาจากเอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล



แนวทางการบันทึก

1. บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ ได้แก่ Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
2. บันทึกการประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด ได้แก่ วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress labour (Uterine contraction, Cervical dilation and effacement, membrane), Fetal assessment (Fetal heart sound: FHS, Movement, Station) และ Complication
3. บันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
4. บันทึกเหตุการณ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การทำ Episiotomy ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
5. บันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยา ทั้งในระยะก่อน และหลังคลอด
6. บันทึก วัน เดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก
7. บันทึกการประเมินมารดาหลังคลอด ในส่วน: Placenta checked, Complication ในระยะหลังคลอด, Blood loss, Vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
8. บันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุ “ไม่มี”
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลผู้ทำคลอดโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

11. Rehabilitation record

แนวทางการพิจารณา

พิจารณาจากเอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ หรือการทำกายภาพบำบัด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. บันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. บันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. บันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง



5. บันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้งโดยระบุวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
6. บันทึกการประเมินผลการให้บริการและความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
7. บันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
8. บันทึกรายละเอียดการให้ home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
9. บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

12. Nurses' note

แนวทางการพิจารณา

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึก การให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพได้ ลงลายมือชื่อกำกับกับบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

แนวทางการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาล ในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ประกอบด้วย
 - 1.1 อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2 อาการผู้ป่วยแรกรับพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสถานะของผู้ป่วย และระยะเวลาแรกรับ ผู้ป่วยไว้ในความดูแล
2. บันทึกการประเมินอาการ อาการแสดงและระบุปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละเวร ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย
 - 2.1 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ และมีข้อมูลสนับสนุนจากการประเมิน กับการประเมินอาการอาการแสดงด้านร่างกาย และ หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ



- 2.2 การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาที่สำคัญ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ
- 2.3 มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัตถุประสงค์ของแผนการรักษาที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการ และอาการแสดงที่ไม่ปกติ หรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (Early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา
3. มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ช่วยลดปัญหา หรือลดอาการรบกวน หรือลดโอกาสเสี่ยง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหา ตัวอย่างได้แก่
 - 3.1 การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อการรักษา และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 3.2 การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา
 - 3.3 การดูแลความสบาย (Care and Comfort) และการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom distress management)
 - 3.4 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ ที่สัมพันธ์กับอาการหรือปัญหาที่สำคัญ
 - 3.5 กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการเยี่ยมชมตรวจร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือกิจกรรมที่สำคัญ (ถ้ามี)
 - 3.6 การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) และการจัดการในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน
 - 3.7 การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ
 - 3.8 การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)
4. บันทึกการติดตามประเมินผลหลังการให้การพยาบาล ประกอบด้วย
 - 4.1 บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (ถ้ามี) หัตถการที่สำคัญ เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด หรือ การให้เลือด (ถ้ามี)
 - 4.2 บันทึกการตรวจ หรือการให้การรักษาที่สำคัญ (ถ้ามี) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด โดยบันทึก วันเดือนปี และเวลา อาการก่อน ขณะ และหลังทำ ตลอดจนผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะเป็นอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง เป็นต้น
5. บันทึกการประเมินความต้องการได้รับข้อมูล และให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาหรือสุขภาพด้านอื่นๆ



6. บันทึกการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน และมีการประเมินผลของการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย
 - 6.1 การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และระบุนาอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญ ที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็นเป็นระยะ ในช่วงที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล
 - 6.2 กิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment)
 - 6.3 บันทึกข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว
7. กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่าย
 - 7.1 บันทึกประเภทการจำหน่าย โดยระบุวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย ชัดเจน
 - 7.2 บันทึกการประเมินสภาพอาการ อาการแสดงรวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และหรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
 - 7.3 บันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำ ก่อนกลับบ้าน การนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี) ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่ต้องส่งต่อสถาน บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 7.4 กรณีจำหน่ายถึงแก่กรรม มีบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม และ Psycho support ญาติ หรือดูแลช่วยเหลือญาติ
8. กรณี ผู้ป่วยย้ายแผนกภายในหน่วยบริการ หรือส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer) ที่หน่วยบริการอื่น บันทึก ข้อมูลการส่งต่ออาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ย้ายไปและรับย้าย ทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล โดยระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายไป และหน่วยงานที่รับย้าย กรณี Refer ไปโรงพยาบาล อื่นระบุนาอาการ อาการแสดงก่อน Refer และระบุชื่อสถานพยาบาลที่จะ Refer
9. บันทึกวันเดือนปี และเวลา ดังนี้
 - 9.1 แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล
 - 9.2 ระหว่างการดูแล โดยบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับ การเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันทเหตุการณ์ และการ ตอบสนอง มีการบันทึกวันเดือนปี และเวลาในการรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบการ ให้อายา (Medication Administration Record) และบันทึกวันเดือนปี และเวลาที่จำหน่าย
10. มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้อายา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก
11. บันทึกทางการพยาบาลต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร

เกณฑ์การตรวจประเมินและการให้คะแนน การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

โดยให้คะแนนประเมินเกณฑ์ละ 1 คะแนน ทั้งนี้ต้องมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. Discharge Summary : Diagnosis, Operation เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วน Principal diagnosis ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคในส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (External cause) (ถ้ามี) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและ หรือการผ่าตัด (Procedure/Operation) ถูกต้องและ ครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน **กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้ 1 คะแนน**

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (Operating room procedure) ทุกครั้ง **กรณีที่ไม่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัด ให้ 1 คะแนน**

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช้ตัวย่อในการสรุป Principal diagnosis การวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก สาเหตุจากภายนอก การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้ (ตัวย่อตาม WHO ICD 10, ICD 9 CM อ้างอิงในภาคผนวก)



เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปรายชื่อข้อมูลในส่วน Clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยแรกรับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การ investigated ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปรายสาเหตุการตายถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปราย Discharge status และ Discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณี ที่ Discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หมายเหตุ หัก 1 คะแนน

กรณีมีการสรุปรายชื่อแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ผู้สรุปโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข (กรณีแพทย์ Intern สรุป แล้วแพทย์ Staff มาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น)

2. Discharge summary : others

เนื้อหาอื่นๆของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบบันทึกสรุปรายชื่อการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
2. ใบบันทึกสรุปรายชื่อการรักษาก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยใน (In-patient Discharge Summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน และถือว่าไม่มีการสรุป (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
 - 2.2 กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์และไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับ
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ มีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ (หรือคำนำหน้าชื่อเช่น นาย นาง ...) และอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด) ของผู้ป่วย กรณีไม่ทราบวันเดือนเกิด อนุโลมให้มีเฉพาะปี พ.ศ.ได้) ถูกต้องครบถ้วน
กรณีไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร และไม่สามารถสืบค้นได้ ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีข้อมูลเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทย แต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” กรณีชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีข้อมูลชื่อโรงพยาบาล HN และ AN ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ปรากฏทุกแห่งในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ admit, วันเดือนปี และเวลาที่ discharge ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (LOS : Length of stay) และจำนวนวันที่ลากลับบ้าน ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Total leave days) ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูล ชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสโรค และข้อมูลชื่อ นามสกุล ผู้ให้รหัสหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการให้รหัสโรค ตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการให้รหัสหัตถการตามการสรุปของแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน

3. Informed consent

บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วยและญาติ
2. ใบรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่ไม่ระบุชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด
 - 2.2 กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้ให้คำอธิบาย และหรือ กรณีที่ไม่ระบุชื่อ และนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูล
3. กรณีที่มี Informed consent หลายกิจกรรม หรือหลายใบ ให้เลือกประเมินใบที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่สำคัญที่สุดในการรักษาครั้งนี้ (อยู่ที่วิจารณ์ญาณของผู้ตรวจสอบ) เช่น ถ้ามีการทำหัตถการที่สำคัญให้ถือว่าใบ Informed consent ที่รับทราบว่าต้องมีการทำหัตถการนี้ สำคัญกว่าใบ Informed consent ที่รับทราบการยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้
- 1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง
 - 2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีข้อมูลรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วย และญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีข้อมูลรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกระบุวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา



4. History : บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ (ในส่วนของแพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น)
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มี การลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย
3. ในกรณีที่มีการบันทึก History หลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมียอย่างน้อย 3 ข้อ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนมาโรงพยาบาล) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
- เกณฑ์ข้อที่ 4** บันทึก past illness ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย กรณีไม่มี past illness ต้องระบุว่าไม่มี
- เกณฑ์ข้อที่ 5** บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยา และสิ่งที่แพ้ (กรณีไม่ทราบชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้ต้องระบุ “ไม่ทราบ” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ ต้องระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ” หรือข้อความอื่น ที่แสดงถึงการซักประวัติและไม่พบประวัติการแพ้ยาและสารนั้น)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** บันทึกประวัติอื่นๆ ในส่วนของ
- 1) Family history, Personal history, Social history และประวัติการทำงานหรือรับบริการด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับปัญหาที่มาในครั้งนี้
 - 2) กรณีเป็นผู้หญิงอายุ 11–60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน และ หรือ
 - 3) กรณีเป็นเด็ก 0–14 ปี ต้องบันทึกประวัติ vaccination และ growth development
- เกณฑ์ข้อที่ 7** บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกไปกับ physical examination)
- เกณฑ์ข้อที่ 9** ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ



5. Physical examination : บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน (ระบุ NO) ในกรณีดังต่อไปนี้
 - 1.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 1.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจร่างกายที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
2. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และ หรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (แพทย์เจ้าของไข้)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Vital signs: Temperature, Pulse rate, Respiration rate และ Blood Pressure (กรณี Blood Pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

(1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย

(2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

(กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ Chief complaint

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกโดยการวาดรูปหรือแสดงกราฟิก สิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่ถูกต้อง ในกรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือความผิดปกตินั้นไม่สามารถแสดงกราฟิกได้ อนุโลมให้คะแนน โดยจะ ต้องได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 3

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึกการตรวจร่างกายทุกระบบ

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการสรุปปัญหาของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ (Problem list)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ Admit ครั้งนี้ **กรณีบันทึกว่า Admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์**



เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการตรวจร่างกาย โดย สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

6. Progress notes, Doctor's order sheet : บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรค โดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรคที่บันทึกโดยแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1-8 (ข้อมูลการบันทึก Progress note ในวันแรก อนุมัติให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกรับได้)
2. เอกสารบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก Progress note

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล หรือ การรักษาหรือ ให้อา หรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแลหรือการรักษา หรือ ให้อาหรือมีการทำ Invasive procedure

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล Investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษา เมื่อผล Investigate ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก Progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับใบใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี Order for One day และ Continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด กรณีระบุว่า รคส. (รับคำสั่ง) หรือ คำสั่งโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้ง



7. Consultation record : บันทึกการปรึกษาโรกระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการส่งปรึกษา บันทึกการรับการปรึกษา คำสั่งการรักษา บันทึกความก้าวหน้าของอาการทางการแพทย์ ในกรณีที่มีการ ขอปรึกษา (Consult) ระหว่างแพทย์ต่อแพทย์ต่างแผนกรวมทั้งทันตแพทย์ ทั้งนี้ ไม่นับรวมในการปรึกษาเภสัชกร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เฉพาะด้านอื่นๆ
2. กรณี รพ.ชุมชนที่ไม่มีการแบ่งแผนก ไม่ต้องประเมินใบนี้
3. กรณีที่มีใบ Consultation record หลายใบให้ใช้ใบที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกวันเดือนปี เวลา ความจำเป็นรีบด่วน และหน่วยงานที่ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกขอปรึกษา โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษาที่ชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ขอปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 1-4)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกความเห็นหรือ แผนการรักษาหรือ การให้คำแนะนำ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึก วัน เดือน ปี และ เวลา ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (กรณีไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา ไม่ได้คะแนนในเกณฑ์ข้อ 5-8)

เกณฑ์ข้อที่ 9 แพทย์ผู้รับปรึกษา บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนด

8. Anesthetic record : บันทึกทางวิสัญญีวิทยา

การพิจารณาว่าการผ่าตัดใดต้องมี Anesthetic Record ให้พิจารณาจากชนิดของการดมยา ได้แก่ General anesthesia, Spinal หรือ Epidural block, Regional block ยกเว้น กรณี Local block ไม่ต้องประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. บันทึกการตรวจเย็บก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง
2. บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
3. บันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก status ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึก โรคก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน



ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชนิดและชื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการผ่าตัดของแพทย์ หากข้อมูลขัดแย้งกัน
ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (pre anesthetic round) โดยที่มิวิสัญญี โดยมีการระบุประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนหน้า (ถ้ามี) ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเข้า admit ในวันเดียวกับวันที่เข้ารับการผ่าตัด (และในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน) สามารถบันทึกการตรวจเยี่ยมวันเดียวกับวันที่ผ่าตัดได้

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกสัญญาณชีพและบันทึกการติดตามเฝ้าระวัง ระหว่างดมยาอย่างเหมาะสมทุก 5 นาที

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึก Intake, Output, Blood loss, Total intake และ Total output

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการผ่าตัด 1 ชั่วโมง (Recovery room) โดยที่มิวิสัญญี ยกเว้น ในกรณีที่ผู้ป่วย On endotracheal tube และส่งต่อเข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วย (เท่านั้น) ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (post anesthetic round) โดยที่มิวิสัญญี โดยต้องระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้ หากไม่มีต้องระบุ “ไม่พบปัญหา”

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และระบุชื่อที่มิวิสัญญี โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

9. Operative notes : บันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ โดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี Operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ Operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบและวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก Operative description จะไม่นำเอกสารนั้นมาประเมิน
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลเพียงบางส่วนต้องมีการลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่สมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมิน
5. แนวทางในการพิจารณาว่า หัตถการใดที่จำเป็นต้องมีบันทึกการทำหัตถการนั้น ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้
 - 5.1 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Major OR procedure (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ทั้งที่ทำในห้องผ่าตัด หรือนอกห้องผ่าตัด



- 5.2 กรณีที่หัตถการนั้นเป็น Non OR procedure ที่ Effected Thai DRGs (โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM) ที่ทำในห้องผ่าตัด ซึ่งหมายรวมถึง ห้องส่องกล้อง และห้องสวนหัวใจ รายละเอียด ดังตาราง

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (Pre operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (Post operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย Post operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “-----” หรืออื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ Post operative diagnosis
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย Position incision สิ่งที่ตัดออกเป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าว ต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกชื่อคณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
- หมายเหตุ** หักคะแนนข้อนี้ ของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน Operative note ทั้งหมดในกรณีที่มีการทำหัตถการที่สำคัญหลายครั้ง แต่มีการบันทึก Operative note ไม่ครบทุกครั้ง



10. Labour record : บันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด บันทึกการคลอด บันทึกการติดตามเฝ้าระวังหลังคลอด (รวมกรณี Caesarian case) ประเมินเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** บันทึกการประเมินผู้คลอดแรกรับในส่วนของประวัติ: Obstetric history (Gravida, Parity, Abortion, Live, LMP, EDC, Gestational age), ANC history, Complication, Risk monitoring และการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล
- เกณฑ์ข้อที่ 2** การประเมินผู้คลอดระยะรอคลอด สอดคล้องตามสภาพผู้คลอด: วันเดือนปี เวลา ชีพจร ความดันโลหิต Progress labour (Uterine contraction, Cervical dilation and effacement, membrane), fetal assessment (fetal heart sound: FHS, movement, station), complication
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกวันที่ ระยะเวลา การคลอดแต่ละ stage
ในกรณี Elective Caesarian section ไม่ต้องประเมิน ให้ 1 คะแนน
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกหัตถการ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนและการระงับความรู้สึก (ถ้ามี) การทำ Episiotomy ตามสภาพ และสอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกคำสั่ง และบันทึกการให้ยาในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึก วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น้ำหนัก และความยาวของทารก
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกการประเมินมารดาในระยะหลังคลอด ในส่วน: Placenta checked, Complication ในระยะหลังคลอด, Blood loss, Vital signs และสภาพคนไข้ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด หรือหลังคลอด 2 ชั่วโมง
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score (1 นาที 5 นาที และ 10 นาที) ประเมินสภาพทารกเบื้องต้น (Initial assessment) และประเมินภาวะแทรกซ้อน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องระบุ “ไม่มี”
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้และลงลายมือชื่อแพทย์ หรือ พยาบาลผู้ทำคลอด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



11. Rehabilitation record : บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

เอกสารที่ใช้ประเมิน

เอกสารบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ หรือการทำกายภาพบำบัด

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และมีบันทึกสรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชนิดของการบำบัด หรือหัตถการ ข้อห้ามและข้อควรระวัง
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีบันทึกการรักษาที่ให้ในแต่ละครั้ง โดยระบุอวัยวะหรือตำแหน่งที่ทำการบำบัด และระยะเวลาที่ใช้
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีบันทึกการประเมินผลการให้บริการ และความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีบันทึกสรุปผลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- เกณฑ์ข้อที่ 8** มีบันทึกรายละเอียดการให้ Home program หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Patient and Family education) หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง
- เกณฑ์ข้อที่ 9** มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด ทุกครั้งที่มีการบำบัด

12. Nurses' note บันทึกการพยาบาล

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารหลักที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ใบบันทึกการพยาบาล (Nurses' note)
2. เอกสารที่ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมิน ได้แก่
 - 2.1 บันทึกทางการพยาบาล (nursing documents) อื่นๆ เช่น ใบประเมินสมรรถนะแรกรับ บันทึกการให้ยา (Medication administration record) ใบบันทึกสัญญาณชีพ ฟอร์มปรอท (Graphic sheet) เป็นต้น
 - 2.2 ใบบันทึกของสหวิชาชีพ เช่นใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบ progress note เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
3. บันทึกที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ได้ ลงลายมือชื่อกำกับการบันทึกนั้น และต้องสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด



เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกเริ่ม : มีการบันทึกที่สะท้อนข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ❖ อาการสำคัญ หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เกิดอาการ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีตที่เกี่ยวข้อง **และ**
- ❖ อาการผู้ป่วยแรกเริ่มพร้อมระบุปัญหา ครอบคลุมตามสภาวะของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล

- ❖ มีการระบุปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการแสดงด้านร่างกาย **และ** หรือ ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)

- ❖ ระบุกิจกรรมการพยาบาล และ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญสอดคล้อง ครอบคลุมอาการหรือปัญหาที่สำคัญตามสภาวะของผู้ป่วย **และ**
- ❖ มีการประเมินซ้ำ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ หรือ วัดสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับอาการ หรือปัญหาที่สำคัญ พร้อมระบุอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้น หรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์ (early detection) และตัดสินใจรายงานแพทย์ได้เหมาะสม รวดเร็วทันเวลา **และ**
- ❖ ระบุกิจกรรมที่ตอบสนองต่อการตรวจเยี่ยมร่วมกับทีมสุขภาพในปัญหา หรือ กิจกรรมที่สำคัญ (**ถ้ามี**)

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล

- ❖ มีการระบุการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาล การรักษาของแพทย์ การบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูง (**ถ้ามี**) หัตถการที่สำคัญ และการให้เลือด (**ถ้ามี**)
- ❖ มีการระบุผลการตรวจ การให้การรักษาต่างๆ (**ถ้ามี**) เช่น การเจาะปอด การผ่าตัด บันทึกอาการก่อน ขณะ และหลังทำ ผลที่ได้ เช่น น้ำจากการเจาะปอดลักษณะอย่างไร จำนวนเท่าใด ส่งไปตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล

- ❖ มีบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านอื่นๆ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

- ❖ มีการระบุอาการ และ หรือ ปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ **และ**
- ❖ มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ความรู้ และหรือการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) **และ**



- ❖ มีข้อมูลที่สะท้อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ และ หรือ การฝึกทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

- ❖ การระบอบอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และ หรือ ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย
- ❖ กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เช่น คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจครั้งต่อไป (ถ้ามี)
- ❖ ระบุข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง

- ❖ มีการระบุข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่รับและส่งต่อทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล
- ❖ มีข้อมูลผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ

9.1 การบันทึกวันเดือนปี และเวลา

- ❖ แกร็บ : ระบุวันเดือนปี และเวลา แกร็บผู้ป่วยไว้ในความดูแล
- ❖ ระหว่างการดูแล :
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลา ชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์ และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ทันท่วงทีและการตอบสนอง
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในคำสั่งการรักษาของแพทย์
 - มีบันทึกวันเดือนปี และเวลาในใบการให้ยา (Medication Administration Record)
- ❖ ก่อนจำหน่าย: ระบุวันเดือนปี และเวลา ที่จำหน่ายชัดเจน

9.2 การลงลายมือชื่อ

- ❖ บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้
- ❖ มีการลงลายมือชื่อ และนามสกุล ของพยาบาลผู้บันทึกทุกครั้ง โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด (ยกเว้นใบบันทึกการให้ยา: Medication administration record) ที่ให้ลงเฉพาะชื่อ ไม่ต้องระบุนามสกุลได้ โดยอนุโลมให้ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดของพื้นที่ในการบันทึก)

หมายเหตุ

หัก 1 คะแนนข้อละ 1 คะแนน จากคะแนนที่ได้ ในกรณีต่อไปนี้

- (1) มีการบันทึกไม่ต่อเนื่องทุกวัน ทุกเวร
- (2) บันทึกวัน เวลา ในใบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) ไม่สอดคล้องกับคำสั่งการรักษา

การใช้แบบตรวจประเมินและการให้คะแนนคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การบันทึกคะแนน

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. เกณฑ์การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน กรณีการบันทึกนั้นผ่านเกณฑ์ ให้ 1 กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ ให้ 0
2. Missing หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้น จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ แต่ปรากฏว่าไม่มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน ให้กากบาทช่อง missing
3. NA หมายถึง เวชระเบียนฉบับนั้นไม่จำเป็นต้องมีบันทึกเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องนั้นๆ (Consultation record, Anesthetic record, Operative note, Labour record, Rehabilitation record) เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้กากบาทช่อง NA
4. No หมายถึง มีเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ประเมิน แต่ไม่มีการบันทึก ให้กากบาทลงในช่อง No
5. กรณีเอกสารในเวชระเบียนไม่ complete รายละเอียด ชื่อ-สกุล อายุ HN AN ของผู้ป่วย จะถือว่าไม่ใช่ข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้น เอกสารฉบับนั้นจะไม่นำมาใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึก
6. Overall findings
 - 6.1 การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึงการจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศโดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา (Chronological sequence) เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น (ทั้งนี้ ไม่เหมือนกับเรียงเวชระเบียนในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเรียงอย่างไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกำหนด) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 Admitting & Identification Section : (มีหรือไม่มีก็ได้)

- 1) Diagnosis Summary Index
- 2) Admission and Discharge Record



ส่วนที่ 2 Clinical Medical Section :

- 1) Discharge Summary
- 2) Referring Letter Sheet
- 3) Informed Consent
- 4) History Record
- 5) Physical Examination Record
- 6) Progress Note
- 7) Consultation Report
- 8) Physician's Orders
- 9) Anesthetic Record
- 10) Operative Report
- 11) Labour record
- 12) Pathology Special Report
- 13) Pathology, X-rays Report Sheet
 - 13.1 Laboratory Report
 - 13.2 Hematology Report
 - 13.3 X-rays Report
 - 13.4 Blood Transfusion Report
- 14) Electrocardiogram Report
- 15) Electroencephalogram Report
- 16) Other Special Clinical Reports

ส่วนที่ 3 Paramedical Section :

- 1) Physiotherapy Sheet
- 2) Occupational Therapy Sheet
- 3) Speech Therapy Sheet
- 4) Social Work Report
- 5) Other Paramedical Reports



ส่วนที่ 4 Nursing Section :

- 1) Nurses' Notes
- 2) Graphic Record
- 3) Fluid Balance Summary
- 4) Diabetic Chart
- 5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ส่วนที่ 5 Discharge/Death Section :

- 1) Discharge's Form
- 2) Autopsy Report and Consent for autopsy

ส่วนที่ 6 เอกสารอื่น เช่น หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี), เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

- 6.2 เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นของผู้ใด
7. Documentation inadequate for meaningful review หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน
8. No significant medical record issue identified หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน
9. Certain issues in question specify หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุปัญหา

การรวมคะแนน

1. **Full score** ได้จากการรวมคะแนนสูงสุด (9 คะแนน) ในแต่ละหัวข้อเรื่องของเวชระเบียน ส่วนที่คาดว่าจะต้องมีการบันทึกยกเว้นหัวข้อเรื่องที่คุณประเมินเห็นว่าไม่จำเป็นต้องบันทึก โดยได้กากบาทในช่อง NA ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละเล่มจะมีคะแนนรวม (Full score) ไม่เท่ากัน **แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน**
2. **Sum score** ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกันโดยในกรณีที่ประเมินให้ในช่อง Missing หรือ No จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน
3. การนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Sum score) ไปแปลผล ควรใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่ควรจะได้โดยคิดเป็นร้อยละ



ส่วนที่

4

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน :
Medical Record Audit Form IPD

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
Medical Record Audit Form (IPD)

Medical record audit of (Hospital name) HN AN Date admitted Date discharged

การบันทึก : กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละ ข้อ ให้ "1"
กรณีที่มีการบันทึกไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ "0"
กรณีที่ไม่มีเจ้าเป็นต้องมีการใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง "NA"
กรณีที่มีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนี้ ให้กากบาทในช่อง "NO"
กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง "Missing"

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx., OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurses' note helpful															

Full score รวม คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding

(...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

(เลือกเพียง 1 ข้อ) (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by Audit Date



เอกสารอ้างอิง

1. แสงเทียน อยู่เถา, ดร., เวชระเบียน. มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม, 2551.
2. สมพร เอกรัตน์, พญ., เวชระเบียนศาสตร์1. มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม, 2537.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, Best Practices Patient Safety. บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2546
4. Huffman,E.K., Medical Record Management, 8th Edition, Physical Record Co., Chicago, 1985.
5. ICD-9-CM 2010 Classification of Procedures. 9th Revision Clinical Modification.
6. ICD-10-CM 2010 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.



ภาคผนวก ก.

**แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
สำหรับแพทย์ของแพทยสภา**

ปี พ.ศ. 2542



แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2542

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษา ซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยนอก

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

- 1.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- 1.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
- 1.3 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)
- 1.4 ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
- 1.5 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- 1.6 การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวน
- 1.7 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบนยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงผลดีและอันตรายที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
 - ค. มีการอธิบายขั้นตอนและผลลัพธ์ของการทำหัตถการนั้น ๆ
- 1.8 คำแนะนำอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยแรรรับไว้รักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรรรับผู้ป่วย ได้แก่

- 2.1 อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- 2.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
- 2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี



- 2.4 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)
- 2.5 ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
- 2.6 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
- 2.7 เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

- 3.1 บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
- 3.2 บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล
- 3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจพิเศษต่างๆ
- 3.4 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

- 4.1 การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค
 - 4.2 สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
 - 4.3 สรุปการผ่าตัด และหัตถการที่สำคัญ
 - 4.4 ผลลัพธ์จากการรักษา
 - 4.5 สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
 - 4.6 คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย หรือญาติ
5. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งหรือบันทึกทุกครั้ง ในกรณีที่ลายมือชื่อไม่ชัดเจนควรมีสัญลักษณ์ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจได้ง่าย
 6. การสั่งการรักษาด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับ



ท้ายคำสั่ง โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง
ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

7. แพทย์ผู้รักษาพยาบาล พึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว
ภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน
หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ :

เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง ควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนอย่างน้อย
ที่สุด 5 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้าย และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียน
ดังกล่าว ควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าว
สามารถคัดค้านการทำลายหรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป



ภาคผนวก ข.

**แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน
ตามประกาศของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2557**



ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๓.๓/ว. ๑ ๐๕

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

เรื่อง ขอส่งแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) และคำนิยามการบันทึก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ฉบับปรับปรุง จำนวน ๑ ฉบับ

๒. คำนิยามการบันทึกแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๑เล่ม

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) หรือใบสรุปหน้าป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบของแฟ้มเวชระเบียนใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Admit) ในโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดและหัตถการ และข้อมูลสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้โรงพยาบาลใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และได้จัดทำคำนิยามหรือความหมายในแต่ละช่องของแบบฟอร์ม เพื่อให้ผู้ใช้ตีความหรือแปลความหมายได้เหมือนกัน จึงสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงและจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว นั้น

ในกรณีนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงใคร่ขอส่งแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) และคำนิยามการบันทึก เพื่อใช้เป็นคู่มือประกอบการปฏิบัติงานดังกล่าวให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ หากโรงพยาบาลใดต้องการเอกสารเพิ่มเติม หรือต้องการใบรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ www.thcc.or.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


(นายสุพรชัย สถิตินิรามัย)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary)
(หน้า 1)

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND		ฉบับปรับปรุง มิถุนายน 2556 HOSPITAL IN PATIENT SUMMARY		
1. ADMISSION NUMBER		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER		
3. HOSPITAL NUMBER				
4. PATIENT NAME		5. PATIENT ADDRESS		
6. SEX	7. MARITAL STATUS	8. ETHNIC GROUP	9. OCCUPATION	
10. DATE OF BIRTH	11. AGE AT ADMISSION ____ YEARS, FOR INFANT ____ MONTHS ____ DAYS	12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS		
13. WARD	14. DEPARTMENT		15. DATE OF	16. LENGTH OF STAY ____ DAYS
			ADMISSION	
17. TOTAL LEAVE DAYS ____ DAYS		18. DISCHARGE TYPE 1. COMPLETE RECOVERED 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. DELIVERED 5. UNDELIVERED 6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER 7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPARATELY 8. DEAD 9. DEAD 10. WITH APPROVAL 11. AGAINST ADVICE 12. ESCAPE 13. BY TRANSFER 14. OTHER 15. DEAD, AUTOPSY 16. DEAD, NO AUTOPSY		
19. OPERATING ROOM PROCEDURES		20. IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES		
21. SPECIAL INVESTIGATIONS		22. DISCHARGE STATUS		
23. DISCHARGE TYPE		24. DISCHARGE STATUS		
25. DISCHARGE STATUS		26. DISCHARGE STATUS		
27. DISCHARGE STATUS		28. DISCHARGE STATUS		
29. DISCHARGE STATUS		30. DISCHARGE STATUS		
31. DISCHARGE STATUS		32. DISCHARGE STATUS		
33. DISCHARGE STATUS		34. DISCHARGE STATUS		
35. DISCHARGE STATUS		36. DISCHARGE STATUS		
37. DISCHARGE STATUS		38. DISCHARGE STATUS		
39. DISCHARGE STATUS		40. DISCHARGE STATUS		
41. DISCHARGE STATUS		42. DISCHARGE STATUS		
43. DISCHARGE STATUS		44. DISCHARGE STATUS		
45. DISCHARGE STATUS		46. DISCHARGE STATUS		
47. DISCHARGE STATUS		48. DISCHARGE STATUS		
49. DISCHARGE STATUS		50. DISCHARGE STATUS		
51. DISCHARGE STATUS		52. DISCHARGE STATUS		
53. DISCHARGE STATUS		54. DISCHARGE STATUS		
55. DISCHARGE STATUS		56. DISCHARGE STATUS		
57. DISCHARGE STATUS		58. DISCHARGE STATUS		
59. DISCHARGE STATUS		60. DISCHARGE STATUS		
61. DISCHARGE STATUS		62. DISCHARGE STATUS		
63. DISCHARGE STATUS		64. DISCHARGE STATUS		
65. DISCHARGE STATUS		66. DISCHARGE STATUS		
67. DISCHARGE STATUS		68. DISCHARGE STATUS		
69. DISCHARGE STATUS		70. DISCHARGE STATUS		
71. DISCHARGE STATUS		72. DISCHARGE STATUS		
73. DISCHARGE STATUS		74. DISCHARGE STATUS		
75. DISCHARGE STATUS		76. DISCHARGE STATUS		
77. DISCHARGE STATUS		78. DISCHARGE STATUS		
79. DISCHARGE STATUS		80. DISCHARGE STATUS		
81. DISCHARGE STATUS		82. DISCHARGE STATUS		
83. DISCHARGE STATUS		84. DISCHARGE STATUS		
85. DISCHARGE STATUS		86. DISCHARGE STATUS		
87. DISCHARGE STATUS		88. DISCHARGE STATUS		
89. DISCHARGE STATUS		90. DISCHARGE STATUS		
91. DISCHARGE STATUS		92. DISCHARGE STATUS		
93. DISCHARGE STATUS		94. DISCHARGE STATUS		
95. DISCHARGE STATUS		96. DISCHARGE STATUS		
97. DISCHARGE STATUS		98. DISCHARGE STATUS		
99. DISCHARGE STATUS		100. DISCHARGE STATUS		



แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) (หน้า 2)

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH

To be completed for stillbirths and liveborn infants dying within 168 hours (1 week) from birth

Identifying particulars

This child was born live on _____ at _____ hours
and died on _____ at _____ hours

This child was stillborn on _____ at _____ hours
and died before labour during labour not known

Mother	Child
Date of birth <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> or, if unknow, age (years) <input type="text"/> <input type="text"/>	Birthweight.....grams
Number of previous pregnancies: Live birth <input type="text"/> <input type="text"/> Stillbirths <input type="text"/> <input type="text"/> Abortions <input type="text"/> <input type="text"/>	Sex: <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> Single birth <input type="checkbox"/> First twin <input type="checkbox"/> Second twin <input type="checkbox"/> Other multiple
Outcome of last previous pregnancy: <input type="checkbox"/> Live birth <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Abortion Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1st day last menstrual period <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> or, if unknow, estimated duration of pregnancy <input type="text"/> <input type="text"/> (completed weeks) Antenatal care, two or more visits: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not know Delivery: <input type="checkbox"/> Normal spontaneous vertex Other (specify) _____ _____
Attendant at birth	
<input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Trained midwife Other trained person (specify) _____ Other (specify) _____ _____	

Causes of death

a. Main disease or condition in fetus or infant

b. Other diseases or conditions in fetus or infant

c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant

d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant

e. Other relevant circumstances

- The certified cause of death has been confirmed by autopsy
- Autopsy information may be available later
- Autopsy not being held

Signature and qualification

ภาคผนวก ค.

**การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย
ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ.2555**

- หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว 111 ลว. 24 กันยายน 2555

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1: หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2: คู่มือการแสดงผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)



ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๕๒๒.๒/๑๑๑



กระทรวงการคลัง

ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ / สถานพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด

- อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๕/ว ๒๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๒. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๕/ว ๒๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๓. หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔
 ๔. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๔
 ๕. หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. คู่มือการแสดงเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑ - ๕ กระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองประกอบการเบิกจ่าย เว้นแต่การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรง และอยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ การเบิกจ่ายยาข้างต้น ให้เบิกได้ แต่เฉพาะรายการยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ การใช้จ่ายต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด และต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ นั้น

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายคำรักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผล และไม่ถูกต้อง โดยมีการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาขนานแรก ไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หรือระบุเหตุผลที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายคำรักษาพยาบาลโดยเฉพาะจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก กระทรวงการคลังจึงเห็นควรดำเนินการดังนี้

๑. ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ๑.๑ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๕/ว ๒๕ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๑.๒ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๕/ว ๒๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๒
 ๑.๓ หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๘๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๔

เฉพาะข้อ ข สถานพยาบาล รายการ ๒.๒.๓

๑.๔ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๗/ว ๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

หมวดที่ ๓ คำยาและสารอาหารทางเส้นเลือด เฉพาะรายการคำยาที่เบิกได้

๑.๕ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๕๒๒.๒/ว ๑๔๓ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๓



-๒-

๒. ให้สถานพยาบาลและส่วนราชการเบิกจ่ายโดยถือปฏิบัติดังนี้

๒.๑ ค่ายาที่เบิกได้คือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องเป็นไปตามเงื่อนไขในบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะนั้นๆ และต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด

๒.๒ ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

(๑) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยจ่ายและออกใบรับรองในการสั่งให้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผลดังนี้

A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้

เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป

แพ้ยา หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยา หลังจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและไม่มีกลุ่มยาอื่นใดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีก โดยเชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยา ได้อย่างปลอดภัย

B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้รักษาโรคหรืออาการดังกล่าวในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษามาก่อนแล้วยังไม่สามารถให้ผลการรักษาที่ต้องการ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้ มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการรักษาได้ดีกว่ายาเดิม

C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ ความข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้ยานอกบัญชียาหลักตามเหตุผลนี้ แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผล ความปลอดภัยของยา ลักษณะและความรุนแรงของโรค และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย

D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้รักษาหรือบรรเทาอาการของโรคให้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (Absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างยิ่ง (serious drug interaction)

E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)

ราคาแพงกว่า หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อคอร์สของการรักษา หรือค่าใช้จ่ายต่อวัน (หากเป็นโรคที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง) ของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาสูงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคหรืออาการเดียวกัน โดยใช้ราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นยาชื่อสามัญเป็นตัวเปรียบเทียบ



-๓-

F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัว บกพร่องการที่ต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ ให้แพทย์ผู้รักษารายการวินิจฉัยโรค รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ และระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไว้หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อ (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) ในเวชระเบียนและใบสั่งยาให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

(๒) เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ ออย. เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

(๓) กรณีที่สถานพยาบาลแจ้งเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า ให้สถานพยาบาลแจ้งรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงนั้นให้กรมบัญชีกลางทราบเพื่อส่งให้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณา แจ้งเหตุที่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่เหมาะสมต่อไป

๒.๓ การเบิกจ่ายที่กระทรวงการคลังและ/หรือกรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ค่ายาวิตามิน ค่ายาสมุนไพร ค่ายาบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม ค่ายามะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๒ ชนิด ค่ายาชีววัตถุสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคสะเท้าน ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นั้นต่อไป

๒.๔ ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนดอย่างเคร่งครัด

๒.๕ กรณีตรวจสอบพบว่า สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด กระทรวงการคลังจะดำเนินการเรียกเงินคืนทั้งหมดของรายการยานั้นๆ ที่มีการเบิกจ่าย

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิม พร้อมนี้ กระทรวงการคลังได้จัดทำหลักเกณฑ์แนวคิดของการจัดหบัญชียาหลักแห่งชาติและคู่มือการแสดงเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุภา ปิยะจิตติ)

รองปลัดกระทรวงการคลัง

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านรายได้และหนี้สิน

กรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ

กลุ่มงานสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ

โทร. ๐-๒๒๒๗-๗๗๕๕-๘



หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล¹ โดยมุ่งสร้าง “บัญชียาแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้จ่ายของประเทศให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้จ่ายอย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

หลักการ

1. บัญชียาหลักแห่งชาตินี้ จะได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องทันเหตุการณ์ และจัดพิมพ์รวมเล่มเป็นบัญชียาหลักฯประจำปีทุกปี โดยพิจารณาจากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมุ่งหวังให้เกิดความเป็นธรรม ระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย

2. การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ทุกครั้งจักดำเนินการจัดทำโดยกระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเหตุผลและเป็นปัจจุบันสามารถอธิบายชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องและสาธารณชนได้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมแสดงความคิดเห็นในระหว่างขั้นตอนการ

¹ การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล หมายถึง การใช้จ่ายโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้จ่ายอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้จ่ายอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้จ่ายในกรอบบัญชียาอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้จ่าย โดยใช้จ่ายในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่านั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้จ่ายที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ



คัดเลือกยา และตรวจสอบได้ ตามความเหมาะสม ตลอดจนเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพิจารณา
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3. บัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชนผู้สั่งใช้ยา ระบบบริหาร
เวชภัณฑ์ ผู้บริหารสถานพยาบาล ระบบการเบิกจ่าย และระบบเศรษฐกิจของชาติ โดยสามารถ

3.1 ใช้เป็นแนวทางในการเลือกจ่ายยาตามขั้นตอนอย่างสมเหตุผล

3.2 ส่งเสริมการจ่ายยาด้วยความพอดี

3.3 ส่งเสริมการจ่ายยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ต้นทุน (maximization of cost-effectiveness) ควบคู่กับการเพิ่มคุณภาพการรักษา โดยเปิดโอกาสให้การเข้าถึงยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกยา

1. ระบบการคัดเลือกยาต้องเป็นไปตามความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ
ของประเทศไทยเป็นหลัก

2. ระบบการคัดเลือกต้องแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ละเอียดพอ ើอให้เกิดการใช้ข้อมูลครบถ้วน
ในการตัดสินใจ มีข้อมูลและเหตุผลชัดเจนทุกขั้นตอน และอธิบายต่อสาธารณชนได้ (explicit information)
การตัดสินใจคัดเลือกยาใช้หลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ (evidence-based literature) หรือการให้คะแนน
ที่มีประสิทธิผลเป็นหลักในการคัดเลือกร่วมกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/เภสัชศาสตร์/
เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความเห็นเชิงนโยบายของผู้บริหารในหน่วยงานหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
หลักฐานและความเห็นที่ได้รับจากผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมในระหว่างขั้นตอนการคัดเลือกยา

3. การคัดเลือกและแสดงรายการยา ให้ใช้ชื่อสามัญของยา รูปแบบยา ความแรง ขนาดบรรจุ
ยกรวมในกรณีที่ไม่ระบุจึงใช้ความแรงและขนาดบรรจุอื่นได้ ทั้งนี้ให้ระบุเงื่อนไขการสั่งใช้ยาหรือจัดหาตาม
ความเหมาะสม รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ คำเตือน และหมายเหตุ (คำแนะนำ ข้อสังเกต ข้อควร
ระวัง คำอธิบาย)

หมายเหตุ การพิจารณาชีวิตวัตถุที่ไม่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันแต่มีข้อมูลชัดเจนที่ชี้ว่า ตำรับ
ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีขนาดยาแตกต่างกันให้พิจารณาเป็นรายตำรับด้วย

4. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพยา เช่น รูปแบบยา การเก็บรักษา ความคงตัวของยา ขนาด
บรรจุ วันหมดอายุ เป็นต้น ตลอดจนข้อมูลอื่นเกี่ยวกับยา เช่น ประสิทธิภาพในการบริหารยาและการยอมรับ
ในการใช้ของผู้ป่วย (compliance) เป็นต้น

5. ต้องคำนึงถึงข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ราคา ยา ความสามารถในการจ่าย
ทั้งของ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและประชาชน ตลอดจนฐานะเศรษฐกิจของประเทศ

6. ในกรณีที่คณะกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญแต่อาจมีผลกระทบต่อ
ความสามารถ และภาระในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบ



การประเมิน ความคุ้มค่า และผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยที่คณะกรรมการได้ให้ความเห็นชอบไว้แล้ว โดยมอบหมายให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการ และเสนอผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการประกอบการตัดสินใจคัดเลือกยา

7. ในกรณีที่ยามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การพิจารณา แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือไม่มีจำหน่ายในประเทศ ให้กำหนดรายการยาดังกล่าวไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเสนอเป็นยากำพร้า² เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาดังกล่าวต่อไป

8. กรณียาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) และข้อบ่งใช้ของยาที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

8.1 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีไซยาที่อยู่ระหว่างการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program: SMP) เว้นแต่

ก) เป็นยาในบัญชี จ (1) ซึ่งมีระบบกำกับดูแลที่เข้มงวดกว่าระบบ SMP

ข) เป็นยาบางรายการที่สามารถช่วยเพิ่มการแข่งขันหรือลดการผูกขาด หรือทำให้ราคาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงอย่างชัดเจน หรือช่วยเพิ่มกรอบรายการยาในข้อบ่งใช้ที่พิจารณาให้สามารถครอบคลุมยาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าอย่างชัดเจน หรือเป็นยาจำเป็นต้องใช้เนื่องจากไม่มีวิธีการ รักษาอื่นทดแทนได้ โดยยานั้นต้องมีประโยชน์เหนือความเสี่ยงอย่างชัดเจน

8.2 เนื่องจากการใช้ยาในข้อบ่งใช้ที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (off-label indication) นั้น มีความจำเป็นในบางกรณีและเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้และเป็นมาตรฐานให้ผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการได้ให้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

ก) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาประสานกับผู้ประกอบการเพื่อให้มาขึ้นทะเบียนข้อบ่งใช้ใหม่เพิ่มเติมให้เรียบร้อย

ข) ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ ก หรืออยู่ระหว่างดำเนินการ คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ในการพิจารณาข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ทุกข้อ

1) มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าวอย่างชัดเจน

2) เป็นข้อบ่งใช้ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลแต่ไม่ได้ขึ้นจดทะเบียนในประเทศไทย

ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ความเห็นชอบ

ค) ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการติดตามข้อมูลในการใช้ยาเป็นพิเศษ

² ยากำพร้า หมายถึง “ยาที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อวินิจฉัย บรรเทา บำบัด ป้องกัน หรือรักษาโรคที่พบได้น้อย หรือโรคที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง หรือยาที่อัตราการใช้ต่ำโดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้ และมีปัญหาการขาดแคลน”



9. ควรเป็นยาเดี่ยว หากจำเป็นต้องเป็นยาผสมจะต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่แสดงว่ายาผสมมีข้อดีกว่าหรือ เท่าเทียมกับยาเดี่ยวในด้านความปลอดภัย ประโยชน์และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยาผสมจะต้องมีข้อดีกว่ายาเดี่ยว ในประเด็นของ compliance และ/หรือ การชะลอหรือป้องกันการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

10. หากเป็นยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ ให้ระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาดังกล่าวเป็นไปตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม เงื่อนไขการสั่งใช้ต้องมีความชัดเจน เอื้อต่อการใช้ยาเป็นขั้นตอนตามระบบบัญชีย่อย ซึ่งแบ่งเป็นบัญชีย่อย ก ข ค ง และ จ

บัญชีย่อย ก หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นรายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

บัญชีย่อย ข หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชีย่อย ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชีย่อย ก ตามความจำเป็น

บัญชีย่อย ค หมายถึง รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน

บัญชีย่อย ง หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาการใช้บัญชีย่อยหลักแห่งชาติไปอ้างอิงในการเบิกจ่ายควรนำข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ยาในบัญชีย่อย ก จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือ ก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุสมผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบในอนาคตได้

บัญชีย่อย จ ได้แก่

บัญชีย่อย จ (1) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการฯ เป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาจัดเข้า



ประเภทของยา (ก ข ค ง) ในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

บัญชี จ (2) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ³ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยาในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามีค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

หมายเหตุ

1. ยาแต่ละชนิด จัดอยู่ในบัญชีย่อยได้มากกว่า 1 บัญชี หากว่าข้อบ่งชี้การใช้ยาชนิดนั้นมี หลายอย่าง และควรมีการกำกับการใช้ที่แตกต่างกัน
2. มาตรการ กำกับการใช้ของยาในบัญชี จ พิจารณาจัดทำได้ตั้งแต่การกำหนดแนวทาง การพิจารณาการใช้ยา การติดตามปริมาณการใช้ยา จนถึงติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายตามความเหมาะสม
3. ในกรณีที่เป็นยากำพร้า ให้วงเล็บไว้ท้ายบัญชีย่อย เช่น บัญชี ก (ยากำพร้า)
4. ยา ในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามี ค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

³ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้หรือมีแนวโน้ม จะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรคหรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ เป็นยาที่มีราคาแพงมากหรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับ และอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสมโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับ มอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมี ระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลาง ในอนาคตได้



กระบวนการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ได้มีการพัฒนาระบบในกระบวนการคัดเลือกยาที่สำคัญดังนี้

ความโปร่งใสในกระบวนการคัดเลือกยา (transparency) โดยที่กระบวนการบริหารเวชภัณฑ์ของรัฐ และชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้ใช้บัญชียาหลักฯ อ้างอิง ดังนั้น เพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติใช้ได้ผลและเป็นที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดเกณฑ์จริยธรรมในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้น มีสาระสำคัญที่มุ่งให้คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานฯ ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติทุกคนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความบริสุทธิ์ใจ โปร่งใสตามหลักวิชาการ และมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ในการนี้คณะอนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ ทุกคนได้ลงนามแสดงความบริสุทธิ์ใจไว้ตามเกณฑ์จริยธรรมที่กำหนด

การคัดเลือกยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence-based approach)

เพื่อให้การคัดเลือกยากระทำโดยมีหลักฐาน มีเหตุผล และเป็นปัจจุบัน สามารถอธิบาย ชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องได้ จึงจำเป็นต้องใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based information) ที่ละเอียดครบถ้วนเพียงพอต่อการตัดสินใจ เป็นข้อมูลที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน เพื่อลดอคติ ในกระบวนการพิจารณา โดยมีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกยาที่สำคัญคือ ระบบคะแนน ISaF และ ดัชนี EMCI มาใช้ในการเปรียบเทียบยาชนิดต่างๆ ก่อนตัดสินใจเลือกยา ระบบดังกล่าวได้ผสมผสานข้อดีของการใช้ evidence-based information ซึ่งมีการให้น้ำหนักความสำคัญต่อปัจจัยหลักที่ใช้เปรียบเทียบคุณสมบัติของยาอย่างครบถ้วน เป็นระบบ ปราศจากอคติ รวมเข้าไว้ด้วยกันกับข้อดีของการใช้ expert judgement กล่าวคือดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญที่สามารถนำปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาคำนวณคะแนนมาประกอบการพิจารณา เช่น ความรวดเร็วในการออกฤทธิ์ของยา ความคงทนของตัวยา และการดื้อยา เป็นต้น

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติส่วนใหญ่คัดเลือกโดยผ่านระบบคะแนนดังกล่าว เว้นแต่ยาบางรายการซึ่งพิจารณาโดยอิงปรัชญาและหลักการที่คณะอนุกรรมการฯ วางไว้เป็นหลักในเบื้องต้น ร่วมกับหลักเกณฑ์ของ evidence-based medicine ตัวอย่างยาที่ไม่ได้ใช้ระบบคะแนน ISaF และดัชนี EMCI ได้แก่ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งและโรคทางโลหิตวิทยา ยาด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์และรังสีวินิจฉัย ยาด้านโภชนาการ ยาด้านทันตกรรม ยาด้านอชีวเวชศาสตร์และพิษวิทยา ยาที่ไม่ต้องเปรียบเทียบกับยาอื่น ยาที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพ ยาที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุน ยาผสมที่ไม่มีข้อมูลแสดงว่ามีข้อดีกว่าหรือเท่าเทียมกับยาเดี่ยว เป็นต้น

ระบบการพิจารณาสามขั้นตอน เพื่อให้การพิจารณาคัดเลือกยาเป็นไปอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาในมิติต่างๆ อย่างครบถ้วน ทั้งในระดับจุลภาค (ผลต่อบุคคล/ผู้ป่วยแต่ละราย) และระดับมหภาค (ผลต่อรัฐ/ระบบบริการสุขภาพและสังคม) รวมทั้งให้สอดคล้องกับปรัชญา หลักการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดให้มีการพิจารณากลับกรองสามขั้น ดังนี้



ขั้นที่หนึ่ง คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา 17 สาขา พิจารณาคัดเลือกยาตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกยาของคณะอนุกรรมการฯ โดยใช้คะแนน ISaFe และ EMCI เป็นเครื่องมือในการพิจารณาร่วมกับความเห็นและข้อมูลในประเด็นอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นองค์ประกอบในการคำนวณคะแนน ISaFe และ EMCI การพิจารณาในขั้นแรกนี้ คณะทำงานฯ ส่วนใหญ่มุ่งพิจารณาในมุมมองของผู้ใช้ยา ซึ่งคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับความสะดวกในการส่งจ่ายยาเป็นสำคัญ จึงควรคำนึงถึงภาพรวมของประเทศเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม มีการใช้ข้อมูล ISaFe และ EMCI อย่างจริงจังเป็นระบบ ผนวกเข้ากับข้อมูล cost-effectiveness analysis และใช้มุมมองด้านสังคม (social perspective) ความสามารถในการจ่ายของประเทศ (affordability) ความเสมอภาค (equity) รวมทั้งความเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพในประเทศไทยเป็นฐานในการพิจารณา

ขั้นที่สอง คณะทำงานประสานผลการพิจารณายาในบัญชียาหลักแห่งชาตินำข้อมูลของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกสาขาที่พิจารณายาในกลุ่มเดียวกันมารวมกัน เพื่อพิจารณาในภาพรวมว่า ควรมีข้อเสนอในการคัดเลือกยาอย่างไร

ขั้นที่สาม คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ จะทำการพิจารณาข้อมูล เหตุผล และหลักฐานต่างๆ จากทั้งคณะทำงานทั้งสอง เพื่อตัดสินใจคัดเลือกยาในขั้นสุดท้าย หากยังไม่สามารถใช้นันทามติคัดเลือกยาได้ ก็จะส่งกลับไปยังคณะทำงานฯ ทั้งสองพิจารณาซ้ำอีกครั้ง

ในกรณีที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นว่ายานั้นมีความสำคัญและมีผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่างๆ สังคมและผู้ป่วย จะต้องจัดให้มีระบบการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย เพื่อเสนอคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและหน่วยงานสิทธิประโยชน์พิจารณาความคุ้มค่าและผลกระทบทางการเงินในอีก 5-10 ปีข้างหน้าก่อนการพิจารณาดัดสินใจคัดเลือกยา

คู่มือ
การแสดงผลการใช้ยานอกใบอนุญาตหลักแห่งชาติ
(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
ตุลาคม 2555



บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555 มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผล*

โดยมุ่งสร้าง “บัญชียาแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผลของประเทศ ให้สอดคล้องกับหลักปรัชญาวิถีชีวิตพอเพียง โดยให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใส และการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องเป็นยาที่มีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้อย่างชัดเจน มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคม โดยจัดให้มีกลไกกลางกำกับสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจำเพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้

บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนี้ มีคุณสมบัติเป็นบัญชียาอย่างผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบสวัสดิการอื่นๆ สามารถอ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) โดยเกิดเสถียรภาพและเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

*องค์การอนามัยโลก (1985) กำหนดว่า การใช้อย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้ยาตามความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยขนาดยาและระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม โดยมีค่าใช้จ่ายต่อตัวผู้ป่วยและชุมชน (หรือประเทศ) ต่ำที่สุด”

คำอธิบายประกอบเหตุการณ์ชียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สืบเนื่องจากกรมบัญชีกลางได้เปิดช่องทางให้แพทย์สั่งชียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ**บางรายการ** ได้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความจำเป็น เพื่อการเบิกจ่ายค่ายาแบบผู้ป่วยนอก แต่พบว่ามีการนำช่องทางดังกล่าวไปใช้เพื่อสั่งชียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกับผู้ป่วยทั่วไปจำนวนมากในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งที่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้ ซึ่งเป็นการสร้างภาระทางด้านงบประมาณให้แก่รัฐเกินความจำเป็น

ในเดือนเมษายน 2553 กรมบัญชีกลางจึงได้ขอความร่วมมือให้แพทย์ผู้ทำการรักษาออกหนังสือรับรองการชียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติพร้อมแสดงเหตุผลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายที่ทำให้ไม่สามารถชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ ซึ่งหากไม่แสดงเหตุผลหรือแสดงเหตุผลที่ไม่เหมาะสม กรมบัญชีกลางจะเรียกเงินคืนในทุกกรณี **ทั้งนี้ กรมบัญชีกลางต้องการให้มีการพิจารณาชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อนเสมอ**

จากการตรวจสอบพบว่าสถานพยาบาลได้จัดทำวิธีแสดงเหตุผลที่หลากหลาย และอาจไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ในการแสดงเหตุผล **ซึ่งต้องการเหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดจึงชียาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้**



กรมบัญชีกลางจึงได้จัดทำแนวทางการแสดงเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) เพื่อประกอบการเบิกจ่ายขึ้น เพื่อให้สถานพยาบาลและแพทย์นำไปใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนี้คือ

- ก. ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรคให้ชัดเจนลงในเวชระเบียน
- ข. มีรายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถจ่ายยาเหล่านั้นได้ในเวชระเบียน ซึ่งสามารถอธิบายการใช้เหตุผลข้อใดข้อหนึ่งตามข้อ ค. ได้อย่างพอเพียงต่อการประเมินของผู้ตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง
- ค. ระบุเหตุผลหลักข้อใดข้อหนึ่งใน 6 ข้อ หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละชื่อในเวชระเบียน (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) เหตุผลดังกล่าวประกอบด้วย
 - A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้บัญชียาหลักแห่งชาติ
 - B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้จ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
 - C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการจ่ายนี้ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็น ต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
 - E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
 - F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

หากมีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางที่ระบุไว้ในคำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้อ อาจส่งผลให้สถานพยาบาลถูกเรียกเงินคืนเมื่อมีการตรวจสอบจากกรมบัญชีกลาง



คำอธิบายประกอบการใช้เหตุผลในแต่ละข้อ เพื่อให้แสดงเหตุผลประกอบได้อย่างเหมาะสม

เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพทย์ที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p><i>เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา</i></p> <p>หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป</p> <p><i>แพทย์</i> หมายถึง มีประวัติแพทย์ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยาหลังการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p>ข้อพึงปฏิบัติ</p> <p>ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่กล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือการแพ้ยา ตามที่กล่าวมาข้างต้น</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p>A1 การใช้เหตุผลในข้อนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาก่อน แล้วเกิดอาการ</p> <p>ไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพทย์และไม่สามารถหายรายการอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ทดแทน</p> <p>A2 การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม ACEI เนื่องจาก “เกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการไอจาก enalapril (n)” เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น และหากเกิดขึ้นยังมีอาการความดันเลือดในหมวดอื่นตามบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีกหลายกลุ่ม</p> <p>A3 การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs เนื่องจาก “ผู้ป่วยมีอาการแสบท้องจากการใช้ ibuprofen (n)” เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอาการดังกล่าวอาจป้องกันได้ด้วยการให้ gastro protective agent ร่วมด้วย เช่น omeprazole (n)</p> <p>คำเตือน การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในกลุ่ม coxibs ให้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ผู้สั่งใช้ยาควรพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จาก Health Technology Assessment (Chen 2008) ซึ่งพบว่าการใช้ coxibs ทุกชนิดให้คุณภาพชีวิตที่ติดลบ (QALY loss) เมื่อเทียบกับการใช้ ibuprofen + generic omeprazole ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI event ทั้งนี้เนื่องจาก coxibs มี excess risk ต่อ ระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง และอันตรายดังกล่าวไม่ขึ้นกับ baseline risk ของโรคหัวใจหรือระยะเวลาในการใช้ยา (BNF 63) หมายความว่า coxibs ทุกชนิดมีคุณสมบัติเป็น prothrombotic agent ซึ่งอาจทำให้เกิด myocardial infarction หรือ stroke ได้กับผู้ที่ใช้ยาแม้ไม่มีประวัติโรคหัวใจหรือเป็นการใช้ยาในระยะสั้น สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม coxibs บ่อยเกินความจำเป็น</p>
<p>B. ผลการรักษาไม่บรรลุ</p> <p>เป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว</p> <p>หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยขนาดยาที่เหมาะสมเป็น</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p>B1 การใช้ยาลดไขมันในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ezetimibe, rosuvastatin และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้อย่างเหมาะสม ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ simvastatin (n) และ/หรือ atorvastatin (40 mg) (ค) ร่วมกับได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสมมาเป็นระยะเวลาพอสมควรแล้ว</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>ระยะเวลาานพอที่จะสรุปได้ว่าการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายที่ต้องการและไม่มียาอื่นในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่มกันที่สามารถนำมาใช้ร่วมหรือใช้ทดแทนยาดังกล่าวได้</p> <p>ข้อพึงปฏิบัติ</p> <p>ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ระบุผลการรักษาตามที่กล่าวมาข้างต้น เช่น มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือดก่อนการเปลี่ยนยา</p>	<p>แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมาย</p> <p>ตามหลักฐานทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยเหตุผลนี้จะมีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Department of Defense Pharmacoeconomic Center. MTF Formulary Management for Antilipidemic I Drugs (Statins and Adjuncts), 2008) เพื่อป้องกันการถูกเรียกเงินคืนจากกรมบัญชีกลาง สถานพยาบาลจึงควรตรวจสอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในหมวดนี้ว่าถูกใช้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ หากมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม สถานพยาบาลควรหามาตรการควบคุมการใช้ให้เป็นอย่างดีอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า</p> <p>B2 การใช้ยาควบคุมระดับกลูโคสในเลือดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น gliptins และยาอื่นๆ การที่จะใช้เหตุผลข้อนี้ได้เหมาะสม ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ metformin (ก) และ sulfonylurea เช่น glipizide (ก) หรือ repaglinide (ง) ในผู้ป่วยที่แพ้ sulfonamides และ α-glucosidase inhibitors ได้แก่ acarbose (ค) และ pioglitazone (ง) แล้วแต่ยังควบคุมระดับกลูโคสและ HbA1c ไม่ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ</p>
<p>C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยาที่ตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>การใช้เหตุผลข้อนี้หมายถึงผู้ป่วยมีโรค ภาวะ หรืออาการ ที่ไม่สามารถหาตัวยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้เพื่อรักษาได้ โดยมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งหมายถึงการที่แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ ความจำเป็นทางคลินิก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผลของยา หลักฐานด้านความปลอดภัยของยา และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p>C1 การใช้เหตุผลข้อนี้ในการใช้ยานอกบัญชียาหลักชาตินั้น เกิดขึ้นได้น้อยมาก ทั้งนี้ เนื่องจากรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา และในการใช้ยามีกฎอื่น ซึ่งอนุญาต ให้มีการใช้ยาบางชนิดที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว เช่น บัญชีรายการยากำพร้า (ตัวอย่างยา dacarbazine) และกลไกของกรมบัญชีกลาง ที่ประกาศอนุญาตให้ใช้ยาบางรายการที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยถือเป็น reimbursable indication ของยาที่กรมบัญชีกลางได้ประกาศไว้แล้ว (ตัวอย่างยา rituximab ในผู้ป่วย diffuse large-B-cell lymphoma)</p> <p>C2 การตีความว่าไม่มี coxibs, saw palmetto extract, omega-3 capsule (และกลุ่มยาต่างๆ อีกหลายกลุ่มยา) ให้ใช้ จึงนำยาเหล่านั้นมาใช้ภายใต้เหตุผลข้อนี้เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยังมียาในกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่นำมารักษาโรค หรืออาการภายใต้ข้อบ่งชี้ของยาเหล่านั้นได้ เช่น NSAIDs ใช้ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ coxibs หรือใช้ α-1-adrenergic antagonists ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ saw palmetto extract และใช้ statins หรือ fibrates ในข้อบ่งชี้เดียวกันกับ omega-3 capsule เป็นต้น</p> <p>C3 ควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยันว่ายาดังกล่าวมีประสิทธิภาพจริงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ตัวอย่างเช่น การสั่งใช้ยาในกลุ่ม anti-inflammatory enzymes (เช่น serratiopeptidase) หรือยาละลายเสมหะ (เช่น acetylcysteine) โดยใช้เหตุผลว่าไม่มียาดังกล่าวให้ใช้ เป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	<p>เนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและมีคุณภาพที่ยืนยันประสิทธิผลของยาเหล่านี้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่ได้บรรจุยาเหล่านี้ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p>C4 ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความปลอดภัย หมายถึงผู้ป่วยได้รับประโยชน์เหนือความเสี่ยงจากการใช้อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นยาต่อไปนี้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย การสั่งใช้ยาเหล่านี้ด้วยเหตุผลข้อนี้ จึงเป็นการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none">○ cinnarizine และ flunarizine ชักนำให้เกิด parkinsonism○ cisapride อาจชักนำให้เกิด QT prolongation และมี drug interaction กับยาหลายชนิดที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเสียจังหวะ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต○ fenoverine ชักนำให้เกิด rhabdomyolysis○ muscle relaxants เช่น orphenadrine เป็นยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ตาม Beers Criteria 2012○ nimesulide ชักนำให้เกิด fatal hepatotoxicity○ short acting calcium channel blockers (เช่น nifedipine/diltiazem ชนิด immediate release) เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ใช้อย่างดังกล่าว <p>C5 ควรทราบว่ามียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหลายชนิดที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านความไม่ปลอดภัยและต่อมามาเหล่านั้นได้ถอนการจำหน่ายทั่วโลก โดยที่ยาเหล่านี้เคยเป็นยาที่ถูกสั่งจ่ายบ่อยครั้งแก่ผู้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างยาเหล่านั้นได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none">○ gatifloxacin○ tegaserod○ valdecoxib○ rofecoxib○ rosiglitazone <p>C6 ควรมีหลักฐานว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หมายถึงผู้สั่งยามีหลักฐานจากงานวิจัยที่ระบุว่ายาดังกล่าวมีความคุ้มค่า ได้แก่ มีหลักฐานแสดง cost-benefit หรือ cost-effective หรือ cost-utility ที่ระบุว่ายาดังกล่าวมี incremental cost effectiveness ratio (ICER) ต่ำกว่า 1 เท่าของ GDP ของประเทศไทย ได้แก่ไม่เกิน 120,000 บาทต่อ QALY gain (ประมาณ 2,400 ปอนด์ หรือ 4,000 ดอลลาร์ ต่อ QALY gain) ตัวอย่างเช่น</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
	<ul style="list-style-type: none"> ○ การใช้ bisphosphonate ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในการป้องกันกระดูกหักจากโรค osteoporosis แบบปฐมภูมิ (primary prevention) มีหลักฐานจากการศึกษาในประเทศไทยว่าหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 45 ปีการใช้จ่ายเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain 1.72 ล้านบาท และหากเริ่มให้ยากับผู้ที่มีอายุ 80 ปีก็ยังมีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ที่ 1.87 แสนบาท แสดงให้เห็นว่าการใช้ยากลุ่มนี้ยังไม่มีควมคุ้มค่าตามเกณฑ์มาตรฐานของประเทศไทย จนกระทั่งยามีราคา ลดลงร้อยละ 80 จึงจะเริ่มมีความคุ้มค่ากับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (ธนรรจ รัตน์โชติพานิช และคณะ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2554) ○ การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ coxibs เทียบกับ NSAIDs (ibuprofen หรือ diclofenac ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก.) พบว่า มีค่าใช้จ่ายต่อ QALY gain ดังนี้ celecoxib (low dose) £68,400; celecoxib (high dose) £151,000; etoricoxib £31,300; meloxicam (low dose) £10,300; meloxicam (high dose) £17,800 www.hta.ac.uk/fullmono/mon1211.pdf จึงกล่าวได้ว่า celecoxib กับ etoricoxib ต่างไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของสังคมอังกฤษ (สหราชอาณาจักรใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าที่ £30,000 ต่อ QALY gain) และอาจอนุมานได้ว่า coxibs ทุกชนิดไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้บริบทของสังคมไทย ○ การใช้ PPI นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น esomeprazole (20 หรือ 40 mg) ในการรักษาโรค GERD ช่วยให้ผู้ป่วย (808 คน) มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.071 QALM (quality-adjusted life month) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (445 คน) ที่ใช้ PPI ชนิดอื่น หรือ H2 receptor antagonist ด้วยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น \$763 ต่อ QALM gain (Spiegel BM. 2010) หรือคิดเป็น 274,680 บาทต่อ QALY gain ซึ่งเกินกว่าค่าความคุ้มค่าในบริบทของสังคมไทยไปประมาณ 2 เท่าเศษ <p>หมายเหตุ ค่า QALM gain 0.071 หน่วย หมายความว่า การใช้ esomeprazole นาน 4 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยโรค GERD มีระยะเวลาที่ปราศจากอาการของโรคได้นานกว่า ยาอื่น 2 วัน ด้วยค่ายา 1,076-1,700 บาท (ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้)</p>
<p>D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติร่วมกับยาอื่น (contra-indicated/serious/major drug interaction)</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p>D1 ข้อห้ามใช้ ควรเป็น absolute contraindication ไม่ใช่ relative contraindication หรือ precaution ซึ่งมีวิธีการหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอันตรายจากยา</p> <p>D2 ปัญหาอันตรกิริยา ควรเป็นอันตรกิริยาที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาทั้งสองร่วมกันได้นั้นในกรณีส่วนใหญ่ปัญหาจากอันตรกิริยาอาจถูกแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือวิธีให้ยา หรือเป็นเพียงข้อควรระวังเพื่อให้แพทย์ติดตามผลของการใช้ยาร่วมกัน</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <p>ข้อห้ามใช้ยาอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication)</p> <p>หมายถึง ไม่มีกรณีใดที่การใช้ยาจะมีประโยชน์เหนืออันตรายจากการใช้ยาในผู้ป่วย ซึ่งการใช้ยานำอันตรายร้ายแรงสู่ผู้ป่วยหรือทารกในครรภ์หรือทารกที่คลอดมมารดา</p> <p>ข้อห้ามการใช้ยาร่วมกับยาอื่น (contra-indicated/serious/major drug inter-action)</p> <p>หมายถึง ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกันทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในลักษณะที่จัดเป็นข้อห้ามใช้ (contraindicated) หรือถูกระบุว่าเป็นอันตรกิริยาที่มีผลเสียต่อผู้ป่วยขั้นรุนแรง (serious) หรือเป็นอันตรกิริยาระดับรุนแรง (major)</p> <p>ข้อพึงปฏิบัติ</p> <p>ต้องมีบันทึกในเวชระเบียนที่ระบุชื่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาแต่ละชนิดได้</p>	<p>อย่างใกล้ชิด</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลข้างต้นควรมีแหล่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลยาฐานใด ฐานหนึ่ง หรือคู่มือยาฉบับใดฉบับหนึ่งที่เป็นมาตรฐาน เช่น เอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา Summary of Product Characteristics (SPC), US FDA official drug labeling, Micromedex, Lexicomp, Clinical Pharmacology หรือ British National Formulary เป็นต้น</p>
<p>E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)</p> <p>การใช้เหตุผลในข้อนี้ หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ให้ผลการรักษาที่เท่ากันหรือดีกว่า หรือมีวิธีบริหารยาที่สะดวกกว่า โดยมีราคาถูกกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งยังมีความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างกันหรือดีกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ</p>	<p>การใช้เหตุผลข้อนี้ มีข้อควรระวังและข้อควรทราบดังนี้</p> <p>E1 มีความเป็นไปได้ที่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติบางชนิดอาจเข้าเกณฑ์ตามความหมายในข้อนี้ เช่น voriconazole ชนิดกินมีราคาถูกกว่า liposomal amphotericin B แต่ยานี้ยังไม่ถูกประกาศเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งความล่าช้าดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากเหตุผลหลายประการ เช่น กำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะทำงานฯ กำลังอยู่ในขั้นตอนการต่อรองราคา กำลังอยู่ในขั้นตอนการจัดทำคู่มือการใช้ยา (หากเป็นยาในบัญชี ๖๒) หรืออยู่ในระหว่างการรอผู้มีอำนาจลงนามในประกาศ เป็นต้น</p>



เหตุผล	ตัวอย่างวิธีการพิจารณาความเหมาะสมของการใช้เหตุผล
<p>หมายเหตุ</p> <p>ราคายาหมายถึงค่าใช้จ่ายต่อ course ของการรักษาหากเป็นการรักษา ระยะสั้น หรือคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายต่อวัน หากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ข้อพึงปฏิบัติ</p> <p>หากมีการใช้เหตุผลข้อนี้ กรมบัญชีกลางจะนำข้อมูลแจ้ง ต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป ดังนั้น แพทย์จึงควรระบุชื่อยาและวิธีให้ยาที่ใช้เปรียบเทียบกับราคาไว้ให้ชัดเจนในเวชระเบียน เช่น ระบุให้ทราบว่าเป็น voriconazole ชนิดกิน มีราคาถูกกว่า liposomal amphotericin B ในข้อบ่งชี้เดียวกันมากกว่า 10 เท่า เป็นต้น</p>	<p>E2 การพิจารณาว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่านั้น ให้ใช้พื้นฐานราคาของยาชื่อสามัญเป็นหลัก</p> <p>E3 เหตุผลข้อนี้เป็นไปตามคำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขององค์การอนามัยโลกที่ใจความโดยย่อว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผลหมายถึง “การใช้ยาตามความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดต่อผู้ป่วยและสังคม” (http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf)</p> <p>ดังนั้น การใช้อย่างนอกบัญชียาหลักแห่งชาติทุกชนิดที่มีราคาแพงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรตามข้อ A ถึง D จึงไม่ควรกระทำ เนื่องจากเข้าข่ายการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล</p>
<p>F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)</p> <p>หมายถึง การที่แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัวบางประการ ที่ต้องการใช้อย่างนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง</p>	

ภาคผนวก ง.

**ตัวอย่างที่เป็นสากล อ้างอิงตาม ICD-10 2010 และ
ICD-9-CM 2010**

**(International Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems 10th Revision, Version for 2010**

และ

**International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical
Modification: Classification of Procedures, Version for 2010)**



(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2010

Other bacterial diseases (A30-A49)

A30 Leprosy [Hansen's disease]

Includes : infection due to *Mycobacterium leprae*

Excludes : sequelae of leprosy (B92)

A30.0 Indeterminate leprosy

I leprosy

A30.1 Tuberculoid leprosy

TT leprosy

A30.2 Borderline tuberculoid leprosy

BT leprosy

A30.3 Borderline leprosy

BB leprosy

A30.4 Borderline lepromatous leprosy

BL leprosy

A30.5 Lepromatous leprosy

LL leprosy

Human immunodeficiency virus [HIV] disease (B20-B24)

Excludes : asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status (Z21)
complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O98.7)

B20 Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in infectious and parasitic diseases *Excludes :* acute HIV infection syndrome (B23.0)

B20.0 HIV disease resulting in mycobacterial infection

HIV disease resulting in tuberculosis

B20.1 HIV disease resulting in other bacterial infections

B20.2 HIV disease resulting in cytomegaloviral disease

B20.3 HIV disease resulting in other viral infections

B20.4 HIV disease resulting in candidiasis

B20.5 HIV disease resulting in other mycoses

B20.6 HIV disease resulting in *Pneumocystis jirovecii* pneumonia

HIV disease resulting in *Pneumocystis carinii* pneumonia

B20.7 HIV disease resulting in multiple infections

B20.8 HIV disease resulting in other infectious and parasitic diseases

B20.9 HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic disease

HIV disease resulting in infection NOS



B21 Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in malignant neoplasms

- B21.0 HIV disease resulting in Kaposi's sarcoma
- B21.1 HIV disease resulting in Burkitt lymphoma
- B21.2 HIV disease resulting in other types of non-Hodgkin lymphoma
- B21.3 HIV disease resulting in other malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic and related tissue
- B21.7 HIV disease resulting in multiple malignant neoplasms
- B21.8 HIV disease resulting in other malignant neoplasms
- B21.9 HIV disease resulting in unspecified malignant neoplasm

B22 Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in other specified diseases

- B22.0 HIV disease resulting in encephalopathy
 - HIV dementia
- B22.1 HIV disease resulting in lymphoid interstitial pneumonitis
- B22.2 HIV disease resulting in wasting syndrome
 - HIV disease resulting in failure to thrive
 - Slim disease

B23 Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in other conditions

- B23.0 Acute HIV infection syndrome
- B23.1 HIV disease resulting in (persistent) generalized lymphadenopathy
- B23.2 HIV disease resulting in haematological and immunological abnormalities, not elsewhere classified
- B23.8 HIV disease resulting in other specified conditions

B24 Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease

Acquired immunodeficiency syndrome [AIDS] NOS AIDS-related complex [ARC] NOS

Other viral diseases (B25-B34)

- B33.4† Hantavirus (cardio-)pulmonary syndrome [HPS] [HCPS]
 - (J17.1*)
 - Hantavirus disease with pulmonary manifestations
 - Sin Nombre virus disease
 - Use additional code (N17.9), if desired, to identify any renal failure associated with HPS caused by the Andes, Bayou and Black Creek Canal hantavirus aetiologies.
 - Excludes: haemorrhagic fever with renal manifestations (A98.5)

Bacterial, viral and other infectious agents (B95-B98)

- B96** Other specified bacterial agents as the cause of diseases classified to other chapters
 - B96.0 Mycoplasma pneumoniae [M. pneumoniae] as the cause of diseases classified to other chapters
 - Pleuro-pneumonia-like-organism [PPLO]



- B96.1 *Klebsiella pneumoniae* [*K. pneumoniae*] as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.2 *Escherichia coli* [*E. coli*] as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.3 *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*] as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.4 *Proteus (mirabilis)(morganii)* as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.5 *Pseudomonas (aeruginosa)* as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.6 *Bacillus fragilis* [*B. fragilis*] as the cause of diseases classified to other chapters
- B96.7 *Clostridium perfringens* [*C. perfringens*] as the cause of diseases classified to other chapters

Neoplasms (C00-D48)

- C84.4 **Peripheral T-cell lymphoma, not classified**
 - Lennert's lymphoma
 - Lymphoepithelioid lymphoma
- C84.5 **Other mature T/NK-cell lymphomas**
- C84.6 **Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive**
 - Anaplastic large cell lymphoma, CD30-positive
- C84.7 **Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative**
 - Excludes* : primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations (C86.6)
- C84.8 **Cutaneous T-cell lymphoma, unspecified**
- C84.9 **Mature T/NK-cell lymphoma, unspecified**
 - NK/T cell lymphoma NOS
 - Excludes* : mature T-cell lymphoma, not elsewhere classified (C84.4)

C86 Other specified types of T/NK-cell lymphoma

- C86.0 **Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type**
- C86.1 **Hepatosplenic T-cell lymphoma**
 - Alpha-beta and gamma delta types
- C86.2 **Enteropathy-type (intestinal) T-cell lymphoma**
 - Enteropathy associated T-cell lymphoma
- C86.3 **Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma**
- C86.4 **Blastic NK-cell lymphoma**
- C86.5 **Angioimmunoblastic T-cell lymphoma**
 - Angioimmunoblastic lymphadenopathy with dysproteinaemia (AILD)
- C86.6 **Primary cutaneous CD30-positive T-cell proliferations**
 - Lymphomatoid papulosis
 - Primary cutaneous anaplastic large-cell lymphoma
 - Primary cutaneous CD30+large T-cell lymphoma



C88 Other B-cell lymphoma malignant immunoproliferative diseases

C88.0 Waldenström macroglobulinaemia

Lymphoplasmacytic lymphoma with IgM-production

Macroglobulinaemia (primary) (idiopathic)

Excludes: small cell B-cell lymphoma (C83.0)

C88.4 Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue [MALT-lyphoma]

Note : Use additional code (C83.3) if desired, to specify transition to high malignant (diffuse large cell) lymphoma.

Lymphoma of skin-associated lymphoid tissue (SALT- lymphoma)

Lymphoma of bronchial-associated lymphoid tissue (BALT-lymphoma)

C91 Lymphoid leukaemia

C91.0 Acute lymphoblastic leukaemia [ALL]

Note : This code should only be used for T-cell and B-cell precursor leukaemia

C91.5 Adult T-cell lymphoma/leukaemia (HTLV-1-associated)

C91.7 Other lymphoid leukaemia

T-cell large granular lymphocytic leukaemia (associated with rheumatic arthritis)

C92 Myeloid leukaemia

C92.0 Acute myeloblastic leukaemia [AML]

Acute myeloblastic leukaemia, minimal differentiation

Acute myeloblastic leukaemia (with maturation) AML1/ETO

AML M0

AML M1

AML M2

AML with t(8;21)

AML (without a FAB classification) NOS

C92.1 Chronic myeloid leukaemia [CML], BCR/ABL-positive

C92.2 Atypical chronic myeloid leukaemia, BCR/ABL-negative

C92.4 Acute promyelocytic leukaemia [PML]

AML M3

AML Me with t(15; 17) and variants

C92.5 Acute myelomonocytic leukaemia

AML M4

AML M4 Eo with inv(16) or t(16;16)

C92.6 Acute myeloid leukaemia with 11q23-abnormality

Acute myeloid leukaemia with variation of MLL-gene

C93 Monocytic leukaemia

Includes : monocytoid leukaemia

C93.0 Acute monoblastic/monocytic leukaemia



AML M5a

AML M5b

AML M5

C93.1 Chronic myelomonocytic leukaemia

Chronic monocytic leukaemia

CMML-1

CMML-2

CMML with eosinophilia

D07 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs

D07.1 Vulva

Vulvar intraepithelial neoplasia [VIN], grade III, with or without mention of severe dysplasia

D07.2 Vagina

Vaginal intraepithelial neoplasia [VAIN], grade III, with or without mention of severe dysplasia

**Neoplasms of uncertain or unknown behaviour
(D37-D48)**

D46.2 Refractory anaemia with excess of blasts

RAEB I REAB II

D47 Other neoplasms of uncertain or unknown behaviour of lymphoid, haematopoietic and related tissue

D47.2 Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)

**Haemolytic anaemias
(D55-D59)**

D55.0 Anaemia due to glucose-6-phosphate dehydrogenase [G6PD] deficiency

Favism

G6PD deficiency anaemia

D55.1 Anaemia due to other disorders of glutathione metabolism

Anaemia (due to) :

- enzyme deficiencies, except G6PD, related to the hexose monophosphate [HMP] shunt pathway
- haemolytic nonspherocytic (hereditary), type I

D55.2 Anaemia due to disorders of glycolytic enzymes

Anaemia :

- haemolytic nonspherocytic (hereditary), type II
- hexokinase deficiency
- pyruvate kinase [PK] deficiency
- triose-phosphate isomerase deficiency



D56 Thalassaemia

D56.4 Hereditary persistence of fetal haemoglobin [HPFH]

D57 Sickle-cell disorders

Excludes : other haemoglobinopathies (D58.-)

D57.0 Sickle-cell anaemia with crisis

Hb-SS disease with crisis

D57.2 Double heterozygous sickling disorders

Disease:

- Hb-SC
- Hb-SD
- Hb-SE
- sickle-cell thalassaemia

D57.3 Sickle-cell trait

Hb-S trait

Heterozygous haemoglobin S [HbAS]

D58 Other hereditary haemolytic anaemias

D58.2 Other haemoglobinopathies Abnormal haemoglobin NOS Congenital Heinz body anaemia Disease:

- Hb-C
- Hb-D
- Hb-E Haemoglobinopathy NOS

Coagulation defects, purpura and other haemorrhagic conditions (D65-D69)

D65 Disseminated intravascular coagulation

[defibrination syndrome] Afibrinogenaemia, acquired Consumption coagulopathy Diffuse or disseminated intravascular coagulation [DIC] Fibrinolytic haemorrhage, acquired

Purpura:

- fibrinolytic
- fulminans

D67 Hereditary factor IX deficiency

Christmas disease

Deficiency:

- factor IX (with functional defect)
- plasma thromboplastin component [PTC] Haemophilia B

D68 Other coagulation defects

D68.1 Hereditary factor XI deficiency

Haemophilia C

Plasma thromboplastin antecedent [PTA] deficiency



Other diseases of blood and blood-forming organs (D70-D77)

D71 Functional disorders of polymorphonuclear neutrophils

Cell membrane receptor complex [CR3] defect
Chronic (childhood) granulomatous disease
Congenital dysphagocytosis
Progressive septic granulomatosis

D74 Methaemoglobinaemia

D74.0 Congenital methaemoglobinaemia

Congenital NADH-methaemoglobin reductase deficiency
Haemoglobin-M [Hb-M] disease
Methaemoglobinaemia, hereditary

Certain disorders involving the immune mechanism (D80-D89)

D80 Immunodeficiency with predominantly antibody defects

- D80.1 Nonfamilial hypogammaglobulinaemia Agammaglobulinaemia with immunoglobulin-bearing B- lymphocytes
Common variable agammaglobulinaemia [CVAgamma] Hypogammaglobulinaemia NOS
- D80.2 Selective deficiency of immunoglobulin A [IgA]
- D80.3 Selective deficiency of immunoglobulin G [IgG] subclasses
- D80.4 Selective deficiency of immunoglobulin M [IgM]
- D80.5 Immunodeficiency with increased immunoglobulin M [IgM]

D81 Combined immunodeficiencies

Excludes : autosomal recessive agammaglobulinaemia (Swiss type) (D80.0)

- D81.0 Severe combined immunodeficiency [SCID] with reticular dysgenesis
- D81.1 Severe combined immunodeficiency [SCID] with low T- and B-cell numbers
- D81.2 Severe combined immunodeficiency [SCID] with low or normal B-cell numbers
- D81.3 Adenosine deaminase [ADA] deficiency
- D81.5 Purine nucleoside phosphorylase [PNP] deficiency
- D81.9 Combined immunodeficiency, unspecified
Severe combined immunodeficiency disorder [SCID] NOS

D82 Immunodeficiency associated with other major defects

- D82.4 Hyperimmunoglobulin E [IgE] syndrome

D83 Common variable immunodeficiency

- D83.0 Common variable immunodeficiency with predominant abnormalities of B-cell numbers and function
- D83.1 Common variable immunodeficiency with predominant immunoregulatory T-cell disorders
- D83.2 Common variable immunodeficiency with autoantibodies to B- or T-cells



D84 Other immunodeficiencies

- D84.0 Lymphocyte function antigen-1 [LFA-1] defect
- D84.1 Defects in the complement system
 - C1 esterase inhibitor [C1-INH] deficiency

Disorders of other endocrine glands (E20-E35)

E24 Cushing's syndrome

- E24.0 Pituitary-dependent Cushing's disease Overproduction of pituitary ACTH
Pituitary-dependent hyperadrenocorticism
- E24.3 Ectopic ACTH syndrome

Other nutritional deficiencies (E50-E64)

E63 Other nutritional deficiencies

Excludes : dehydration (E86)
failure to thrive (R62.8)
feeding problems in newborn (P92.-) sequelae of malnutrition and other nutritional deficiencies (E64.-)

- E63.0 Essential fatty acid [EFA] deficiency

Metabolic disorders (E70-E90)

E78 Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemias

- E78.0 Pure hypercholesterolaemia
 - Familial hypercholesterolaemia
 - Fredrickson's hyperlipoproteinaemia, type IIa
 - Hyperbetalipoproteinaemia
 - Hyperlipidaemia, group A
 - Low-density-lipoprotein-type [LDL] hyperlipoproteinaemia
- E78.1 Pure hyperglyceridaemia Endogenous hyperglyceridaemia Fredrickson's hyperlipoproteinaemia, type IV Hyperlipidaemia, group B Hyperprebetalipoproteinaemia
 - Very-low-density-lipoprotein-type [VLDL]
 - Hyperlipoproteinaemia

E87 Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance

- E87.0 Hyperosmolality and hypernatraemia
 - Sodium [Na] excess
 - Sodium [Na] overload

**E87.1 Hypo-osmolality and hyponatraemia**

Sodium [Na] deficiency

Excludes : Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (E22.2)**E87.5 Hyperkalaemia** Potassium [K] excess Potassium [K] overload**E87.6 Hypokalaemia**

Potassium [K] deficiency

**Influenza and pneumonia
(J09-J18)****J14 Pneumonia due to Haemophilus influenzae**

Bronchopneumonia due to H. influenzae

Bacterial pneumonia, not elsewhere classified**Systemic connective tissue disorders
(M30-M36)****M34 Systemic sclerosis****M34.1 CR(E)ST syndrome**Combination of calcinosis, Raynaud's phenomenon,
(o)esophageal dysfunction, sclerodactyly, telangiectasia.**Renal failure
(N17-N19)****N18 Chronic kidney disease****N18.1 Chronic kidney disease, stage 1**

Kidney damage with normal or increased GFR (> 90 mL/min)

N18.2 Chronic kidney disease, stage 2

Kidney damage with mild decreased GFR (60-89 mL/min)

N18.3 Chronic kidney disease, stage 3

Kidney damage with moderately decreased GFR (30-59 mL/min)

N18.4 Chronic kidney disease, stage 4

Kidney disease with severely decreased GFR (15-29 mL/min)

**Noninflammatory disorders of female genital tract
(N80-N98)****N89 Other noninflammatory disorders of vagina****N89.0 Mild vaginal dysplasia**

Vaginal intraepithelial neoplasia [VAIN], grade I

N89.1 Moderate vaginal dysplasia

Vaginal intraepithelial neoplasia [VAIN], grade II

**N90 Other noninflammatory disorders of vulva and perineum**

- N90.0 Mild vulvar dysplasia**
Vulvar intraepithelial neoplasia [VIN], grade I
- N90.1 Moderate vulvar dysplasia**
Vulvar intraepithelial neoplasia [VIN], grade II

Abnormal findings on examination of blood, without diagnosis (R70-R79)

- R74.0 Elevation of levels of transaminase and lactic acid dehydrogenase [LDH]**

Abnormal findings on diagnostic imaging and in function studies, without diagnosis (R90-R94)

- R94.0 Abnormal results of function studies of central nervous system**
Abnormal electroencephalogram [EEG]
- R94.1 Abnormal results of function studies of peripheral nervous system and special senses**
Abnormal :
- electromyogram [EMG]
 - electro-oculogram [EOG]
 - electroretinogram [ERG]
 - response to nerve stimulation
 - visually evoked potential [VEP]
- R94.3 Abnormal results of cardiovascular function studies**
Abnormal :
- electrocardiogram [ECG][EKG]
 - electrophysiological intracardiac studies
 - phonocardiogram
 - vectorcardiogram
- R94.8 Abnormal results of function studies of other organs and systems**
Abnormal :
- basal metabolic rate [BMR]
 - bladder function test
 - splenic function test



(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th Revision: Classification of Procedures, Version for 2010

00 Procedures and interventions, Not Elsewhere Classified

00.5 Other cardiovascular procedures

00.50 Implantation of cardiac resynchronization pacemaker without mention of defibrillation, total system [CRT-P]

00.51 Implantation of cardiac resynchronization defibrillator, total system [CRT-D]

00.53 Implantation or replacement of cardiac resynchronization pacemaker pulse generator only [CRT-P]

00.54 Implantation or replacement of cardiac resynchronization defibrillator pulse generator device only [CRT-D]

00.6 Procedures on blood vessels

00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy

09 Operations on lacrimal system

09.8 Fistulization of lacrimal tract to nasal cavity

09.81 Dacryocystorhinostomy [DCR]

09.82 Conjunctivocystorhinostomy
Conjunctivodacryocystorhinostomy [CDCR]

17 Other miscellaneous procedures

17.5 Additional cardiovascular procedures

17.51 Implantation of rechargeable cardiac contractility modulation [CCM], total system

17.52 Implantation or replacement of cardiac contractility modulation [CCM] rechargeable pulse generator only

17.6 Laser interstitial thermal therapy [LITT] under guidance

Focused laser interstitial thermal therapy [f-LITT] under MRI guidance MRI-guided LITT

17.61 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of brain under guidance

Focused laser interstitial thermal therapy [f-LITT] under MRI guidance
MRI-guided LITT of lesion or tissue of brain

17.62 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of head and neck under guidance

17.63 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of liver under guidance



- 17.69** Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of other and unspecified site under guidance
- 31.2 Permanent tracheostomy**
 - 31.29** Other permanent tracheostomy
 - Permanent percutaneous dilatational tracheostomy [PDT]
- 33 Other operations on lung and bronchus**
 - 33.26** Closed [percutaneous] [needle] biopsy of lung
 - Fine needle aspiration (FNA) of lung
 - Transthoracic needle biopsy of lung (TTNB)
 - 33.79** Endoscopic insertion of other bronchial device or substances
 - Biologic Lung Volume Reduction NOS (BLVR)
- 37.0 Pericardiocentesis**
 - 37.20** Noninvasive programmed electrical stimulation (NIPS)
 - 37.36** Excision or destruction of left atrial appendage (LAA)
 - 37.89** Revision or removal of pacemaker device
 - Removal without replacement of cardiac resynchronization pacemaker device [CRT-P] Repair of pacemaker device
- 37.9 Other operations on heart and pericardium**
 - 37.94** Implantation or replacement of automatic cardioverter/defibrillator, total system [AICD]
- 38 Incision, excision, and occlusion of vessels**
- 38.2 Diagnostic procedures on blood vessels**
 - 38.24** Intravascular imaging of coronary vessel(s) by optical coherence tomography [OCT]
 - 38.25** Intravascular imaging of non-coronary vessel(s) by optical coherence tomography [OCT]
- 39.2 Other shunt or vascular bypass**
 - 39.28** Extracranial-intracranial (EC-IC) vascular bypass
- 39.5 Other repair of vessels**
 - 39.50** Angioplasty or atherectomy of other non-coronary vessel(s)
 - Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) of non-coronary vessels:
- 39.6 Extracorporeal circulation and procedures auxiliary to heart surgery**
 - 39.65** Extracorporeal membrane oxygenation [ECMO]
- 43 Incision and excision of stomach**
 - 43.11** Percutaneous [endoscopic] gastrostomy [PEG]
- 45.1 Diagnostic procedures on small intestine**
 - 45.11** Transabdominal endoscopy of small intestine
 - 45.12** Endoscopy of small intestine through artificial stoma



- 45.13 Other endoscopy of small intestine
Esophagogastroduodenoscopy [EGD]
- 45.16 Esophagogastroduodenoscopy [EGD] with closed biopsy
- 46.3 Other enterostomy
 - 46.31 Delayed opening of other enterostomy
 - 46.32 Percutaneous (endoscopic) jejunostomy [PEJ]
- 51.1 Diagnostic procedures on biliary tract
 - 51.10 Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP]
 - 51.11 Endoscopic retrograde cholangiography [ERC]
- 52.1 Diagnostic procedures on pancreas
 - 52.13 Endoscopic retrograde pancreatography [ERP]
- 58.9 Other operations on urethra and periurethral tissue
 - 58.93 Implantation of artificial urinary sphincter [AUS]
- 60.0 Incision of prostate
- 60.2 Transurethral prostatectomy
 - 60.21 Transurethral (ultrasound) guided laser induced prostatectomy (TULIP)
 - 60.29 Other transurethral prostatectomy
Excision of median bar by transurethral approach
Transurethral electrovaporization of prostate (TEVAP) Transurethral enucleative procedure
Transurethral prostatectomy NOS
Transurethral resection of prostate (TURP)
- 60.9 Other operations on prostate
 - 60.96 Transurethral destruction of prostate tissue by microwave thermotherapy
Transurethral microwave thermotherapy (TUMT) of prostate
- 67.3 Other excision or destruction of lesion or tissue of cervix
 - 67.32 Destruction of lesion of cervix by cauterization
Electrocoagulation of cervix
LEEP (loop electrosurgical excision procedure)
LLETZ (large loop excision of the transformation zone)
- 68.3 Subtotal abdominal hysterectomy
 - 68.31 Laparoscopic supracervical hysterectomy [LSH] Classic infra fascial SEMM hysterectomy [CISH] Laparoscopically assisted supracervical hysterectomy [LASH]
- 68.4 Total abdominal hysterectomy
 - 68.41 Laparoscopic total abdominal hysterectomy
Total laparoscopic hysterectomy [TLH]
- 68.5 Vaginal hysterectomy
 - 68.51 Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH)



68.6 Radical abdominal hysterectomy

68.61 Laparoscopic radical abdominal hysterectomy Laparoscopic modified radical hysterectomy Total laparoscopic radical hysterectomy [TLRH]

68.7 Radical vaginal hysterectomy

68.71 Laparoscopic radical vaginal hysterectomy [LRVH]

81.6 Other procedures on spine

81.65 Percutaneous vertebroplasty

Injection of bone void filler (cement) (polymethylmethacrylate) (PMMA) into the diseased or fractured vertebral body

85.7 Total reconstruction of breast ®

85.72 Transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap, pedicled

85.73 Transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap, free

85.74 Deep inferior epigastric artery perforator (DIEP) flap, free

85.75 Superficial inferior epigastric artery (SIEA) flap, free

85.76 Gluteal artery perforator (GAP) flap, free

86.0 Incision of skin and subcutaneous tissue

86.07 Insertion of totally implantable vascular access device [VAD]

87.0 Soft tissue x-ray of face, head, and neck

87.03 Computerized axial tomography of head

C.A.T. scan of head

87.4 Other x-ray of thorax

87.41 Computerized axial tomography of thorax

C.A.T. scan of thorax

C.A.T. scan of heart

87.6 Other x-ray of digestive system

87.62 Upper GI series

87.64 Lower GI series

88.9 Other diagnostic imaging

88.96 Other intraoperative magnetic resonance imaging iMRI

88.98 Bone mineral density studies

Dual photon absorptiometry

Quantitative computed tomography (CT) studies

89 Interview, evaluation, consultation, and examination

89.1 Anatomic and physiologic measurements and manual examinations -- nervous system and sense organs

89.18 Other sleep disorder function tests

Multiple sleep latency test [MSLT]

89.19 Video and radio-telemetered electroencephalographic monitoring

Radiographic EEG monitoring

Video EEG monitoring



- 89.2 **Anatomic and physiologic measurements and manual examinations -- genitourinary system**
 - 89.24 Uroflowmetry [UFR]
 - 89.25 Urethral pressure profile [UPP]
- 89.4 **Cardiac stress tests, pacemaker and defibrillator checks**
 - 89.45 **Artificial pacemaker rate check**
 - Artificial pacemaker function check NOS
 - Bedside device check of pacemaker or cardiac resynchronization pacemaker [CRT-P]
 - 89.49 **Automatic implantable cardioverter/defibrillator (AICD)**
 - Bedside check of an AICD or cardiac resynchronization defibrillator [CRT-D]
- 92.4 **Intra-operative radiation procedures**
 - 92.41 **Intra-operative electron radiation therapy IOERT**
- 93.9 **Respiratory therapy**
 - 93.91 **Intermittent positive pressure breathing [IPPB]**
- 94 **Procedures related to the psyche**
- 94.2 **Psychiatric somatotherapy**
 - 94.27 **Other electroshock therapy Electroconvulsive therapy (ECT) EST**
- 95.2 **Objective functional tests of eye**
 - 95.21 Electroretinogram [ERG]
 - 95.22 Electro-oculogram [EOG]
 - 95.23 **Visual evoked potential [VEP]**
 - 95.24 Electronystagmogram [ENG]
 - 95.25 **Electromyogram of eye [EMG]**
- 98 **Nonoperative removal of foreign body or calculus**
- 98.5 **Extracorporeal shockwave lithotripsy [ESWL]**
 - 98.51 **Extracorporeal shockwave lithotripsy [ESWL] of the kidney, ureter and/or bladder**
- 99.1 **Injection or infusion of therapeutic or prophylactic substance**
 - 99.10 **Injection or infusion of thrombolytic agent**
 - Alteplase
 - Anistreplase Reteplase Streptokinase Tenecteplase
 - Tissue plasminogen activator (TPA) Urokinase
 - 99.14 **Injection or infusion of gamma globulin**
 - Injection of immune sera
 - 99.15 **Parenteral infusion of concentrated nutritional substances**
 - Hyperalimentation
 - Total parenteral nutrition [TPN]
 - Peripheral parenteral nutrition [PPN]



ภาคผนวก จ.

**รหัสการทำผ่าตัด หรือหัตถการที่จำเป็นต้อง
บันทึกรายละเอียด**



รหัสการทำผ่าตัด หรือหัตถการที่จำเป็นต้องบันทึกรายละเอียด

รหัสการทำผ่าตัด/หัตถการดังต่อไปนี้ เป็นรหัสที่จำเป็นต้องบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการทุกครั้ง เนื่องจากการทำผ่าตัด/หัตถการเหล่านี้เป็น OR Procedure และ Non-OR Procedure ที่ affects Thai DRG ตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM 2010; Classification of Procedures (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)

ทั้งนี้ รหัสการทำผ่าตัด/หัตถการในคู่มือนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางหรือเกณฑ์ในการพิจารณาว่าการผ่าตัด/หัตถการใดจำเป็นต้องมีบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการ ไม่ควรนำไปใช้หรืออ้างอิงในการให้รหัสการทำผ่าตัด/หัตถการ ซึ่งต้องศึกษารายละเอียดใน ICD-9-CM ทุกครั้งก่อนการให้รหัส แต่อย่างไรก็ตาม รหัสการทำผ่าตัดและหัตถการ ที่กำหนดในคู่มือฉบับนี้ เป็นรหัสที่จำเป็นต้องมีการบันทึกรายละเอียดการทำผ่าตัด/หัตถการ โดยยึดหลัก OR Procedure และ Non-OR Procedure ที่ affects Thai DRG ที่กำหนดไว้ในหนังสือ หัตถการ ICD-9-CM 2010 ; Classification of Procedures (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) เท่านั้น ดังนั้นหากมีการทำผ่าตัด/หัตถการอื่นๆ ที่มีได้กำหนดไว้ แต่หน่วยบริการเห็นว่าควรมีการบันทึกรายละเอียดในการทำผ่าตัด/หัตถการ หน่วยบริการสามารถทำได้ ทั้งนี้อาจมีการแจ้งมายังสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาเพิ่มเติมรหัสดังกล่าวต่อไป

เนื่องจาก การจัดทำคู่มือฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยอ้างอิงหลักการให้รหัสหัตถการใน ICD-9-CM 2010; Classification of Procedures (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (Thai DRGs) เช่น อาจมีการเพิ่มเติมหรือยกเลิกรหัสการทำผ่าตัดหรือหัตถการที่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ หรือมีการทำการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นๆ ที่เป็น OR Procedures เพิ่มขึ้น ดังนั้น การทำผ่าตัด/หัตถการที่จำเป็นต้องมีการบันทึกรายละเอียดก็จะเพิ่มขึ้น หรือลดลงตามการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วย



รหัสการทำผ่าตัด หรือหัตถการที่จำเป็นต้องบันทึก Operative note อ้างอิงตาม ICD-9-CM 2010

00 Procedures and interventions, Not Elsewhere Classified

00.5 Other cardiovascular procedures

- 00.50** Implantation of cardiac resynchronization pacemaker without mention of defibrillation, total system [CRT-P]
- 00.51** Implantation of cardiac resynchronization defibrillator, total system [CRT-D]
- 00.53** Implantation or replacement of cardiac resynchronization pacemaker pulse generator only [CRT-P]
- 00.54** Implantation or replacement of cardiac resynchronization defibrillator pulse generator device only [CRT-D]

00.6 Procedures on blood vessels

- 00.66** Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy

09 Operations on lacrimal system

09.8 Fistulization of lacrimal tract to nasal cavity

- 09.81** Dacryocystorhinostomy [DCR]
- 09.82** Conjunctivocystorhinostomy
Conjunctivodacryocystorhinostomy [CDCR]
- 09.83** Conjunctivorhinostomy with insertion of tube or stent

17 Other miscellaneous procedures

17.5 Additional cardiovascular procedures

- 17.51** Implantation of rechargeable cardiac contractility modulation [CCM], total system
- 17.52** Implantation or replacement of cardiac contractility modulation [CCM] rechargeable pulse generator only

17.6 Laser interstitial thermal therapy [LITT] under guidance

Focused laser interstitial thermal therapy [f-LITT] under MRI guidance MRI-guided LITT

- 17.61** Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of brain under guidance
Focused laser interstitial thermal therapy [f-LITT] under MRI guidance
MRI-guided LITT of lesion or tissue of brain



- 17.62 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of head and neck under guidance
- 17.63 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of liver under guidance
- 17.69 Laser interstitial thermal therapy [LITT] of lesion or tissue of other and unspecified site under guidance

18 Operations on external ear

18.2 Excision or destruction of lesion of external ear

- 18.21 Excision of preauricular sinus

18.3 Other excision of external ear

- 18.31 Radical excision of lesion of external ear

- 18.39 Other

Amputation of external ear

18.5 Surgical correction of prominent ear

18.6 Reconstruction of external auditory canal

18.7 Other plastic repair of external ear

- 18.71 Construction of auricle of ear Prosthetic appliance for absent ear
Reconstruction:

- 18.72 Reattachment of amputated ear

- 18.79 Other plastic repair of external ear

18.9 Other operations on external ear

19 Reconstructive operations on middle ear

19.0 Stapes mobilization

19.1 Stapedectomy

- 19.11 Stapedectomy with incus replacement

- 19.19 Other stapedectomy

19.2 Revision of stapedectomy

- 19.21 Revision of stapedectomy with incus replacement

- 19.29 Other revision of stapedectomy

19.3 Other operations on ossicular chain

19.4 Myringoplasty

19.5 Other tympanoplasty

- 19.52 Type II tympanoplasty

- 19.53 Type III tympanoplasty

- 19.54 Type IV tympanoplasty

- 19.55 Type V tympanoplasty



19.6 Revision of tympanoplasty

19.9 Other repair of middle ear

20 Other operations on middle and inner ear

20.0 Myringotomy

20.01 Myringotomy with insertion of tube

20.2 Incision of mastoid and middle ear

20.21 Incision of mastoid

20.22 Incision of petrous pyramid air cells

20.23 Incision of middle ear

20.3 Diagnostic procedures on middle and inner ear

20.32 Biopsy of middle and inner ear

20.39 Other diagnostic procedures on middle and inner ear

20.4 Mastoidectomy

20.41 Simple mastoidectomy

20.42 Radical mastoidectomy

20.49 Other mastoidectomy

20.5 Other excision of middle ear

20.51 Excision of lesion of middle ear

20.6 Fenestration of inner ear

20.61 Fenestration of inner ear (initial)

Fenestration of :

labyrinth with graft (skin) (vein)

semicircular canals with graft (skin) (vein)

vestibule with graft (skin) (vein)

20.62 Revision of fenestration of inner ear

20.7 Incision, excision, and destruction of inner ear

20.71 Endolymphatic shunt

20.72 Injection into inner ear

20.79 Other incision, excision, and destruction of inner ear

20.8 Operations on Eustachian tube

20.9 Other operations on inner and middle ear

20.91 Tympanosympathectomy

20.92 Revision of mastoidectomy

20.93 Repair of oval and round windows

20.95 Implantation of electromagnetic hearing device

20.96 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, not



otherwise specified

- 20.97 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, single channel
- 20.98 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, multiple channel
- 20.99 Other operations on middle and inner ear

21 Operations on nose

21.0 Control of epistaxis

- 21.04 Control of epistaxis by ligation of ethmoidal arteries
- 21.05 Control of epistaxis by (transantral) ligation of the maxillary artery
- 21.06 Control of epistaxis by ligation of the external carotid artery
- 21.07 Control of epistaxis by excision of nasal mucosa and skin grafting of septum and lateral nasal wall
- 21.09 Control of epistaxis by other means

21.2 Diagnostic procedures on nose

- 21.21 Rhinoscopy
- 21.22 Biopsy of nose

21.4 Resection of nose

21.5 Submucous resection of nasal septum

- 21.61 Turbinectomy by diathermy or cryosurgery
- 21.62 Fracture of the turbinates
- 21.69 Other turbinectomy

21.7 Reduction of nasal fracture

- 21.72 Open reduction of nasal fracture

21.8 Repair and plastic operations on the nose

- 21.82 Closure of nasal fistula
- 21.83 Total nasal reconstruction
- 21.84 Revision rhinoplasty
- 21.85 Augmentation rhinoplasty
- 21.86 Limited rhinoplasty
- 21.87 Other rhinoplasty
- 21.88 Other septoplasty Crushing of nasal septum Repair of septal perforation
- 21.89 Other repair and plastic operations on nose



22 Operations on nasal sinuses

22.1 Diagnostic procedures on nasal sinus

22.11 Closed [endoscopic] [needle] biopsy of nasal sinus

22.12 Open biopsy of nasal sinus

22.3 External maxillary antrotomy

22.31 Radical maxillary antrotomy

22.39 Other external maxillary antrotomy

22.4 Frontal sinusotomy and sinusectomy

22.41 Frontal sinusotomy

22.42 Frontal sinusectomy

22.5 Other nasal sinusotomy

22.50 Sinusotomy, not otherwise specified

22.51 Ethmoidotomy

22.52 Sphenoidotomy

22.53 Incision of multiple nasal sinuses

22.6 Other nasal sinusectomy

22.60 Sinusectomy, not otherwise specified

22.61 Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell-Luc approach

22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach

22.63 Ethmoidectomy

22.64 Sphenoidectomy

22.7 Repair of nasal sinus

22.71 Closure of nasal sinus fistula

22.79 Other repair of nasal sinus

22.9 Other operations on nasal sinuses Exteriorization of maxillary

23 Removal and restoration of teeth

23.0 Forceps extraction of tooth

23.01 Extraction of deciduous tooth

23.09 Extraction of other tooth

23.1 Surgical removal of tooth

23.11 Removal of residual root

23.19 Other surgical extraction of tooth

23.2 Restoration of tooth by filling

23.3 Restoration of tooth by inlay

23.4 Other dental restoration

23.41 Application of crown



- 23.42 Insertion of fixed bridge
- 23.43 Insertion of removable bridge
- 23.49 Other

23.5 Implantation of tooth

23.6 Prosthetic dental implant

23.7 Apicoectomy and root canal therapy

- 23.70 Root canal, not otherwise specified
- 23.71 Root canal therapy with irrigation
- 23.72 Root canal therapy with apicoectomy
- 23.73 Apicoectomy

24 Other operations on teeth, gums, and alveoli

24.1 Diagnostic procedures on teeth, gums, and alveoli

- 24.11 Biopsy of gum
- 24.12 Biopsy of alveolus
- 24.19 Other diagnostic procedures on teeth, gums, and alveoli

24.2 Gingivoplasty

Gingivoplasty with bone or soft tissue graft

24.4 Excision of dental lesion of jaw

Excision of odontogenic lesion

24.5 Alveoloplasty

Alveolectomy (interradicular) (intraseptal) (radical) (simple) (with graft or implant)

24.7 Application of orthodontic appliance

25 Diagnostic procedures on tongue

25.01 Closed [needle] biopsy of tongue

25.02 Open biopsy of tongue

25.1 Excision or destruction of lesion or tissue of tongue

25.2 Partial glossectomy

25.3 Complete glossectomy

25.4 Radical glossectomy

25.5 Repair of tongue and glossoplasty

25.59 Other repair and plastic operations on tongue

25.9 Other operations on tongue

25.94 Other glossotomy

25.99 Other



26 Operations on salivary glands and ducts

26.1 Diagnostic procedures on salivary glands and ducts

26.11 Closed [needle] biopsy of salivary gland or duct

26.12 Open biopsy of salivary gland or duct

26.2 Excision of lesion of salivary gland

26.21 Marsupialization of salivary gland cyst

26.29 Other excision of salivary gland lesion

26.3 Sialoadenectomy

26.30 Sialoadenectomy, not otherwise specified

26.31 Partial sialoadenectomy

26.32 Complete sialoadenectomy

26.4 Repair of salivary gland or duct

26.41 Suture of laceration of salivary gland

26.42 Closure of salivary fistula

26.49 Other repair and plastic operations on salivary gland or duct

26.9 Other operations on salivary gland or duct

26.99 Other

27 Other operations on mouth and face

27.0 Drainage of face and floor of mouth

27.1 Incision of palate

27.2 Diagnostic procedures on oral cavity

27.21 Biopsy of bony palate

27.22 Biopsy of uvula and soft palate

27.23 Biopsy of lip

27.3 Excision of lesion or tissue of bony palate

27.31 Local excision or destruction of lesion or tissue of bony palate

27.32 Wide excision or destruction of lesion or tissue of bony palate

27.4 Excision of other parts of mouth

27.42 Wide excision of lesion of lip

27.43 Other excision of lesion or tissue of lip

27.49 Other excision of mouth

27.5 Plastic repair of lip and mouth

27.53 Closure of fistula of mouth

27.54 Repair of cleft lip

27.55 Full-thickness skin graft to lip and mouth

27.56 Other skin graft to lip and mouth



27.57 Attachment of pedicle or flap graft to lip and mouth

27.59 Other plastic repair of mouth

27.6 Palatoplasty

27.61 Suture of laceration of palate

27.62 Correction of cleft palate

27.63 Revision of cleft palate repair

27.69 Other plastic repair of palate

27.7 Operations on uvula

27.71 Incision of uvula

27.72 Excision of uvula

27.73 Repair of uvula

27.79 Other operations on uvula

27.9 Other operations on mouth and face

27.92 Incision of mouth, unspecified structure

27.99 Other operations on oral cavity

28 Operations on tonsils and adenoids

28.0 Incision and drainage of tonsil and peritonsillar structures

28.1 Diagnostic procedures on tonsils and adenoids

28.11 Biopsy of tonsils and adenoids

28.19 Other diagnostic procedures on tonsils and adenoids

28.2 Tonsillectomy without adenoidectomy

28.3 Tonsillectomy with adenoidectomy

28.4 Excision of tonsil tag

28.5 Excision of lingual tonsil

28.6 Adenoidectomy without tonsillectomy

28.7 Control of hemorrhage after tonsillectomy and adenoidectomy

28.9 Other operations on tonsils and adenoids

28.91 Removal of foreign body from tonsil and adenoid by incision

28.92 Excision of lesion of tonsil and adenoid

28.99 Other

29 Operations on pharynx

29.0 Pharyngotomy

29.1 Diagnostic procedures on pharynx

29.11 Pharyngoscopy

29.2 Excision of branchial cleft cyst or vestige

29.3 Excision or destruction of lesion or tissue of pharynx



- 29.31 Cricopharyngeal myotomy
- 29.32 Pharyngeal diverticulectomy
- 29.33 Pharyngectomy (partial)
- 29.39 Other excision or destruction of lesion or tissue of pharynx

29.4 Plastic operation on pharynx

29.5 Other repair of pharynx

- 29.51 Suture of laceration of pharynx
- 29.52 Closure of branchial cleft fistula
- 29.53 Closure of other fistula of pharynx
- 29.54 Lysis of pharyngeal adhesions
- 29.59 Other

29.9 Other operations on pharynx

- 29.92 Division of glossopharyngeal nerve
- 29.99 Other

30 Excision of larynx

30.0 Excision or destruction of lesion or tissue of larynx

- 30.01 Marsupialization of laryngeal cyst
- 30.09 Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx

30.1 Hemilaryngectomy

30.2 Other partial laryngectomy

- 30.21 Epiglottidectomy
- 30.22 Vocal cordectomy
- 30.29 Other partial laryngectomy

30.3 Complete laryngectomy

30.4 Radical laryngectomy

31 Other operations on larynx and trachea

31.1 Temporary tracheostomy

31.2 Permanent tracheostomy

- 31.21 Mediastinal tracheostomy
- 31.29 Other permanent tracheostomy
Permanent percutaneous dilatational tracheostomy [PDT]

31.3 Other incision of larynx or trachea

31.4 Diagnostic procedures on larynx and trachea

- 31.41 Tracheoscopy through artificial stoma
- 31.42 Laryngoscopy and other tracheoscopy
- 31.43 Closed [endoscopic] biopsy of larynx



31.44 Closed [endoscopic] biopsy of trachea

31.45 Open biopsy of larynx or trachea

31.5 Local excision or destruction of lesion or tissue of trachea

31.6 Repair of larynx

31.61 Suture of laceration of larynx

31.62 Closure of fistula of larynx

31.63 Revision of laryngostomy

31.64 Repair of laryngeal fracture

31.69 Other repair of larynx

31.7 Repair and plastic operations on trachea

31.71 Suture of laceration of trachea

31.72 Closure of external fistula of trachea

31.73 Closure of other fistula of trachea

31.74 Revision of tracheostomy

31.75 Reconstruction of trachea and construction of artificial larynx

31.79 Other repair and plastic operations on trachea

31.9 Other operations on larynx and trachea

31.91 Division of laryngeal nerve

31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx

31.98 Other operations on larynx

31.99 Other operations on trachea

32 Local excision or destruction of lesion or tissue of bronchus

32.01 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of bronchus

32.09 Other local excision or destruction of lesion or tissue of bronchus

32.1 Other excision of bronchus

32.2 Local excision or destruction of lesion or tissue of lung

32.20 Thoracoscopic excision of lesion or tissue of lung

32.21 Plication of emphysematous bleb

32.22 Lung volume reduction surgery

32.23 Open ablation of lung lesion or tissue

32.24 Percutaneous ablation of lung lesion or tissue

32.25 Thoracoscopic ablation of lung lesion or tissue

32.26 Other and unspecified ablation of lung lesion or tissue

32.28 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of lung

32.29 Other local excision or destruction of lesion or tissue of lung



32.3 Segmental resection of lung

32.30 Thoracoscopic segmental resection of lung

32.39 Other and unspecified segmental resection of lung

32.4 Lobectomy of lung

32.41 Thoracoscopic lobectomy of lung

32.49 Other lobectomy of lung

32.5 Pneumonectomy

32.50 Thoracoscopic pneumonectomy

32.59 Other and unspecified pneumonectomy

32.6 Radical dissection of thoracic structures

32.9 Other excision of lung

33 Other operations on lung and bronchus

33.0 Incision of bronchus

33.1 Incision of lung

33.2 Diagnostic procedures on lung and bronchus

33.20 Thoracoscopic lung biopsy

33.21 Bronchoscopy through artificial stoma

33.22 Fiber-optic bronchoscopy

33.23 Other bronchoscopy

33.24 Closed [endoscopic] biopsy of bronchus

33.25 Open biopsy of bronchus

33.26 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of lung

33.27 Closed endoscopic biopsy of lung

33.28 Open biopsy of lung

33.29 Other diagnostic procedures on lung and bronchus

33.3 Surgical collapse of lung

33.34 Thoracoplasty

33.39 Other surgical collapse of lung

33.4 Repair and plastic operation on lung and bronchus

33.41 Suture of laceration of bronchus

33.42 Closure of bronchial fistula

33.43 Closure of laceration of lung

33.48 Other repair and plastic operations on bronchus

33.49 Other repair and plastic operations on lung



33.5 Lung transplant

33.50 Lung transplantation, not otherwise specified

33.51 Unilateral lung transplantation

33.52 Bilateral lung transplantation

33.7 Other endoscopic procedures in bronchus or lung

33.71 Endoscopic insertion or replacement of bronchial valve(s), single lobe

33.73 Endoscopic insertion or replacement of bronchial valve(s), multiple lobes

33.78 Endoscopic removal of bronchial device(s) or substances

33.79 Endoscopic insertion of other bronchial device or substances

33.9 Other operations on lung and bronchus

33.92 Ligation of bronchus

33.93 Puncture of lung

33.98 Other operations on bronchus

33.99 Other operations on lung

34 Operations on chest wall, pleura, mediastinum, and diaphragm

34.0 Incision of chest wall and pleura

34.01 Incision of chest wall

34.02 Exploratory thoracotomy

34.03 Reopening of recent thoracotomy site

34.04 Insertion of intercostal catheter for drainage

34.06 Thoracoscopic drainage of pleural cavity

34.1 Incision of mediastinum

34.2 Diagnostic procedures on chest wall, pleura, mediastinum, and diaphragm

34.20 Thoracoscopic pleural biopsy

34.21 Transpleural thoracoscopy

34.22 Mediastinoscopy

34.23 Biopsy of chest wall

34.24 Other pleural biopsy

34.25 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of mediastinum

34.26 Open mediastinal biopsy

34.27 Biopsy of diaphragm

34.28 Other diagnostic procedures on chest wall, pleura, and diaphragm

34.29 Other diagnostic procedures on mediastinum

34.3 Excision or destruction of lesion or tissue of mediastinum

34.4 Excision or destruction of lesion of chest wall



34.5 Pleurectomy

- 34.51 Decortication of lung
- 34.52 Thoracoscopic decortication of lung
- 34.59 Other excision of pleura

34.6 Scarification of pleura

34.7 Repair of chest wall

- 34.73 Closure of other fistula of thorax
- 34.74 Repair of pectus deformity
- 34.79 Other repair of chest wall

34.8 Operations on diaphragm

- 34.81 Excision of lesion or tissue of diaphragm
- 34.82 Suture of laceration of diaphragm
- 34.83 Closure of fistula of diaphragm
- 34.84 Other repair of diaphragm
- 34.85 Implantation of diaphragmatic pacemaker
- 34.89 Other operations on diaphragm

34.9 Other operations on thorax

- 34.91 Thoracentesis
- 34.93 Repair of pleura
- 34.99 Other

35 Operations on valves and septa of heart

35.0 Closed heart valvotomy

- 35.00 Closed heart valvotomy, unspecified valve
- 35.01 Closed heart valvotomy, aortic valve
- 35.02 Closed heart valvotomy, mitral valve
- 35.03 Closed heart valvotomy, pulmonary valve
- 35.04 Closed heart valvotomy, tricuspid valve

35.1 Open heart valvuloplasty without replacement

- 35.10 Open heart valvuloplasty without replacement, unspecified valve
- 35.11 Open heart valvuloplasty of aortic valve without replacement
- 35.12 Open heart valvuloplasty of mitral valve without replacement
- 35.13 Open heart valvuloplasty of pulmonary valve without replacement
- 35.14 Open heart valvuloplasty of tricuspid valve without replacement

35.2 Replacement of heart valve

- 35.20 Replacement of unspecified heart valve
- 35.21 Replacement of aortic valve with tissue graft



- 35.22 Other replacement of aortic valve
- 35.23 Replacement of mitral valve with tissue graft
- 35.24 Other replacement of mitral valve
- 35.25 Replacement of pulmonary valve with tissue graft
- 35.26 Other replacement of pulmonary valve
- 35.27 Replacement of tricuspid valve with tissue graft
- 35.28 Other replacement of tricuspid valve
- 35.3 Operations on structures adjacent to heart valves
 - 35.31 Operations on papillary muscle
 - 35.32 Operations on chordae tendineae
 - 35.33 Annuloplasty
 - 35.34 Infundibulectomy
 - 35.35 Operations on trabeculae carneae cordis
 - 35.39 Operations on other structures adjacent to valves of heart
- 35.4 Production of septal defect in heart
 - 35.42 Creation of septal defect in heart
- 35.5 Repair of atrial and ventricular septa with prosthesis
 - 35.50 Repair of unspecified septal defect of heart with prosthesis
 - 35.51 Repair of atrial septal defect with prosthesis, open technique
 - 35.52 Repair of atrial septal defect with prosthesis, closed technique
 - 35.53 Repair of ventricular septal defect with prosthesis, open technique
 - 35.54 Repair of endocardial cushion defect with prosthesis
 - 35.55 Repair of ventricular septal defect with prosthesis, closed technique
- 35.6 Repair of atrial and ventricular septa with tissue graft
 - 35.60 Repair of unspecified septal defect of heart with tissue graft
 - 35.61 Repair of atrial septal defect with tissue graft
 - 35.62 Repair of ventricular septal defect with tissue graft
 - 35.63 Repair of endocardial cushion defect with tissue graft
- 35.7 Other and unspecified repair of atrial and ventricular septa
 - 35.70 Other and unspecified repair of unspecified septal defect of heart
 - 35.71 Other and unspecified repair of atrial septal defect
 - 35.72 Other and unspecified repair of ventricular septal defect
 - 35.73 Other and unspecified repair of endocardial cushion defect
- 35.8 Total repair of certain congenital cardiac anomalies
 - 35.81 Total repair of tetralogy of Fallot
 - 35.82 Total repair of total anomalous pulmonary venous connection
 - 35.83 Total repair of truncus arteriosus



- 35.84 Total correction of transposition of great vessels, not elsewhere classified
- 35.9 Other operations on valves and septa of heart
 - 35.91 Interatrial transposition of venous return
 - 35.92 Creation of conduit between right ventricle and pulmonary artery
 - 35.93 Creation of conduit between left ventricle and aorta
 - 35.94 Creation of conduit between atrium and pulmonary artery
 - 35.95 Revision of corrective procedure on heart
 - 35.96 Percutaneous valvuloplasty
 - 35.98 Other operations on septa of heart
 - 35.99 Other operations on valves of heart

36 Operations on vessels of heart

- 36.0 Removal of coronary artery obstruction and insertion of stent(s)
 - 36.03 Open chest coronary artery angioplasty
 - 36.06 Insertion of non-drug-eluting coronary artery stent(s)
 - 36.07 Insertion of drug-eluting coronary artery stent(s)
 - 36.09 Other removal of coronary artery obstruction
- 36.1 Bypass anastomosis for heart revascularization
 - 36.10 Aortocoronary bypass for heart revascularization, not otherwise specified
 - 36.11 (Aorto)coronary bypass of one coronary artery
 - 36.12 (Aorto)coronary bypass of two coronary arteries
 - 36.13 (Aorto)coronary bypass of three coronary arteries
 - 36.14 (Aorto)coronary bypass of four or more coronary arteries
 - 36.15 Single internal mammary-coronary artery bypass
 - 36.16 Double internal mammary-coronary artery bypass
 - 36.17 Abdominal - coronary artery bypass
 - 36.19 Other bypass anastomosis for heart revascularization
- 36.2 Heart revascularization by arterial implant
- 36.3 Other heart revascularization
 - 36.31 Open chest transmyocardial revascularization
 - 36.32 Other transmyocardial revascularization
 - 36.33 Endoscopic transmyocardial revascularization
 - 36.34 Percutaneous transmyocardial revascularization
 - 36.39 Other heart revascularization
- 36.9 Other operations on vessels of heart
 - 36.91 Repair of aneurysm of coronary vessel
 - 36.99 Other operations on vessels of heart



37.0 Pericardiocentesis

37.1 Cardiotomy and pericardiotomy

37.10 Incision of heart, not otherwise specified

37.11 Cardiotomy

37.12 Pericardiotomy

37.2 Diagnostic procedures on heart and pericardium

37.20 Noninvasive programmed electrical stimulation (NIPS)

37.21 Right heart cardiac catheterization

37.22 Left heart cardiac catheterization

37.23 Combined right and left heart cardiac catheterization

37.24 Biopsy of pericardium

37.26 Catheter based invasive electrophysiologic testing

37.28 Intracardiac echocardiography

37.3 Pericardiectomy and excision of lesion of heart

37.31 Pericardiectomy

37.32 Excision of aneurysm of heart

37.33 Excision or destruction of other lesion or tissue of heart, open approach

37.34 Excision or destruction of other lesion or tissue of heart, other approach

37.35 Partial ventriculectomy

37.36 Excision or destruction of left atrial appendage (LAA)

37.4 Repair of heart and pericardium

37.41 Implantation of prosthetic cardiac support device around the heart

37.49 Other repair of heart and pericardium

37.5 Heart replacement procedures

37.51 Heart transplantation

37.52 Implantation of total internal biventricular heart replacement system

37.53 Replacement or repair of thoracic unit of (total) replacement heart system

37.54 Replacement or repair of other implantable component of (total)

37.55 Removal of internal biventricular heart replacement system

37.6 Implantation of heart and circulatory assist system(s)

37.60 Implantation or insertion of biventricular external heart assist system

37.61 Implant of pulsation balloon

37.62 Insertion of temporary non-implantable extracorporeal circulatory assist device

37.63 Repair of heart assist system

37.64 Removal of heart assist system(s) or device(s)



- 37.65 Implant of single ventricular (extracorporeal) external heart assist system
 - 37.66 Insertion of implantable heart assist system
 - 37.67 Implantation of cardiomyostimulation system
 - 37.68 Insertion of percutaneous external heart assist device
- 37.7 Insertion, revision, replacement, and removal of leads; insertion of temporary pacemaker system; or revision of cardiac device pocket
- 37.70 Initial insertion of lead [electrode], not otherwise specified
 - 37.71 Initial insertion of transvenous lead [electrode] into ventricle
 - 37.72 Initial insertion of transvenous leads [electrodes] into atrium and ventricle
 - 37.73 Initial insertion of transvenous lead [electrode] into atrium
 - 37.74 Insertion or replacement of epicardial lead [electrode] into epicardium
 - 37.75 Revision of lead [electrode]
 - 37.76 Replacement of transvenous atrial and/or ventricular lead(s) [electrode]
 - 37.77 Removal of lead(s) [electrode] without replacement
 - 37.78 Insertion of temporary transvenous pacemaker system
 - 37.79 Revision or relocation of pacemaker pocket
- 37.8 Insertion, replacement, removal, and revision of pacemaker device
- 37.80 Insertion of permanent pacemaker, initial or replacement, type of device not specified
 - 37.81 Initial insertion of single-chamber device, not specified as rate responsive
 - 37.82 Initial insertion of single-chamber device, rate responsive
 - 37.83 Initial insertion of dual-chamber device
 - 37.85 Replacement of any type pacemaker device with single-chamber device, not specified as rate responsive
 - 37.86 Replacement of any type of pacemaker device with single-chamber device, rate responsive
 - 37.87 Replacement of any type pacemaker device with dual-chamber
 - 37.89 Revision or removal of pacemaker device
- 37.9 Other operations on heart and pericardium
- 37.90 Insertion of left atrial appendage device
 - 37.91 Open chest cardiac massage
 - 37.94 Implantation or replacement of automatic cardioverter/defibrillator, total system [AICD]
 - 37.95 Implantation of automatic cardioverter/defibrillator lead(s) only
 - 37.96 Implantation of automatic cardioverter/defibrillator pulse generator only
 - 37.97 Replacement of automatic cardioverter/defibrillator lead(s) only



38 Incision, excision, and occlusion of vessels

38.0 Incision of vessel

38.1 Endarterectomy

38.2 Diagnostic procedures on blood vessels

38.21 Biopsy of blood vessel

38.3 Resection of vessel with anastomosis

38.4 Resection of vessel with replacement

38.5 Ligation and stripping of varicose veins

38.6 Other excision of vessel

38.7 Interruption of the vena cava

38.8 Other surgical occlusion of vessels

38.9 Puncture of vessel

38.91 Arterial catheterization

38.92 Umbilical vein catheterization

38.93 Venous catheterization, not elsewhere classified

38.94 Venous cutdown

39 Other operations on vessels

39.0 Systemic to pulmonary artery shunt

39.1 Intra-abdominal venous shunt

39.2 Other shunt or vascular bypass

39.21 Caval-pulmonary artery anastomosis

39.22 Aorta-subclavian-carotid bypass

39.23 Other intrathoracic vascular shunt or bypass

39.24 Aorta-renal bypass

39.25 Aorta-iliac-femoral bypass

39.26 Other intra-abdominal vascular shunt or bypass

39.27 Arteriovenostomy for renal dialysis

39.28 Extracranial-intracranial (EC-IC) vascular bypass

39.29 Other (peripheral) vascular shunt or bypass

39.3 Suture of vessel

39.30 Suture of unspecified blood vessel

39.31 Suture of artery

39.32 Suture of vein



39.4 Revision of vascular procedure

- 39.41 Control of hemorrhage following vascular surgery
- 39.42 Revision of arteriovenous shunt for renal dialysis
- 39.43 Removal of arteriovenous shunt for renal dialysis
- 39.49 Other revision of vascular procedure

39.5 Other repair of vessels

- 39.50 Angioplasty or atherectomy of other non-coronary vessel(s)
- 39.51 Clipping of aneurysm
- 39.52 Other repair of aneurysm
- 39.53 Repair of arteriovenous fistula
- 39.54 Re-entry operation (aorta)
- 39.55 Reimplantation of aberrant renal vessel
- 39.56 Repair of blood vessel with tissue patch graft
- 39.57 Repair of blood vessel with synthetic patch graft
- 39.58 Repair of blood vessel with unspecified type of patch graft
- 39.59 Other repair of vessel

39.6 Extracorporeal circulation and procedures auxiliary to heart surgery

- 39.61 Extracorporeal circulation auxiliary to open heart surgery
- 39.62 Hypothermia (systemic) incidental to open heart surgery
- 39.63 Cardioplegia
- 39.64 Intraoperative cardiac pacemaker
- 39.65 Extracorporeal membrane oxygenation [ECMO]
- 39.66 Percutaneous cardiopulmonary bypass
- 39.71 Endovascular implantation of graft in abdominal aorta
- 39.72 Endovascular embolization or occlusion of head and neck vessels
- 39.73 Endovascular implantation of graft in thoracic aorta
- 39.74 Endovascular removal of obstruction from head and neck vessel(s)
- 39.75 Endovascular embolization or occlusion of vessel(s) of head or neck using bare coils
- 39.76 Endovascular embolization or occlusion of vessel(s) of head or neck using bioactive coils

39.8 Operations on carotid body, carotid sinus and other vascular bodies ®

39.9 Other operations on vessels

- 39.90 Insertion of non-drug-eluting peripheral vessel (non-coronary) stent(s)
- 39.91 Freeing of vessel
- 39.92 Injection of sclerosing agent into vein



- 39.93 Insertion of vessel-to-vessel cannula
- 39.94 Replacement of vessel-to-vessel cannula
- 39.95 Hemodialysis
- 39.98 Control of hemorrhage, not otherwise specified
- 39.99 Other operations on vessels

40 Operations on lymphatic system

40.0 Incision of lymphatic structures

40.1 Diagnostic procedures on lymphatic structures

- 40.11 Biopsy of lymphatic structure
- 40.19 Other diagnostic procedures on lymphatic structures

40.2 Simple excision of lymphatic structure

- 40.21 Excision of deep cervical lymph node
- 40.22 Excision of internal mammary lymph node
- 40.23 Excision of axillary lymph node
- 40.24 Excision of inguinal lymph node
- 40.29 Simple excision of other lymphatic structure

40.3 Regional lymph node excision

40.4 Radical excision of cervical lymph nodes

- 40.40 Radical neck dissection, not otherwise specified
- 40.41 Radical neck dissection, unilateral
- 40.42 Radical neck dissection, bilateral

40.5 Radical excision of other lymph nodes

- 40.50 Radical excision of lymph nodes, not otherwise specified
- 40.51 Radical excision of axillary lymph nodes
- 40.52 Radical excision of periaortic lymph nodes
- 40.53 Radical excision of iliac lymph nodes
- 40.54 Radical groin dissection
- 40.59 Radical excision of other lymph nodes

40.6 Operations on thoracic duct

- 40.61 Cannulation of thoracic duct
- 40.62 Fistulization of thoracic duct
- 40.63 Closure of fistula of thoracic duct
- 40.64 Ligation of thoracic duct
- 40.69 Other operations on thoracic duct
- 40.9 Other operations on lymphatic structures



41 Operations on bone marrow and spleen

41.0 Bone marrow or hematopoietic stem cell transplant

- 41.00 Bone marrow transplant, not otherwise specified
- 41.01 Autologous bone marrow transplant without purging
- 41.02 Allogeneic bone marrow transplant with purging
- 41.03 Allogeneic bone marrow transplant without purging
- 41.04 Autologous hematopoietic stem cell transplant without purging
- 41.05 Allogeneic hematopoietic stem cell transplant without purging
- 41.06 Cord blood stem cell transplant
- 41.07 Autologous hematopoietic stem cell transplant with purging
- 41.08 Allogeneic hematopoietic stem cell transplant
- 41.09 Autologous bone marrow transplant with purging

41.1 Puncture of spleen

41.2 Splenotomy

41.3 Diagnostic procedures on bone marrow and spleen

- 41.31 Biopsy of bone marrow
- 41.33 Open biopsy of spleen

41.4 Excision or destruction of lesion or tissue of spleen

- 41.41 Marsupialization of splenic cyst
- 41.42 Excision of lesion or tissue of spleen
- 41.43 Partial splenectomy

41.5 Total splenectomy

41.9 Other operations on spleen and bone marrow

- 41.93 Excision of accessory spleen
- 41.94 Transplantation of spleen
- 41.95 Repair and plastic operations on spleen
- 41.99 Other operations on spleen

42 Operations on esophagus

42.0 Esophagotomy

- 42.01 Incision of esophageal web
- 42.09 Other incision of esophagus

42.1 Esophagostomy

- 42.10 Esophagostomy, not otherwise specified
- 42.11 Cervical esophagostomy
- 42.12 Exteriorization of esophageal pouch
- 42.19 Other external fistulization of esophagus



42.2 Diagnostic procedures on esophagus

- 42.21 Operative esophagoscopy by incision
- 42.22 Esophagoscopy through artificial stoma
- 42.23 Other esophagoscopy
- 42.24 Closed [endoscopic] biopsy of esophagus
- 42.25 Open biopsy of esophagus

42.3 Local excision or destruction of lesion or tissue of esophagus

- 42.31 Local excision of esophageal diverticulum
- 42.32 Local excision of other lesion or tissue of esophagus
- 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus
- 42.39 Other destruction of lesion or tissue of esophagus

42.4 Excision of esophagus

- 42.40 Esophagectomy, not otherwise specified
- 42.41 Partial esophagectomy
- 42.42 Total esophagectomy

42.5 Intrathoracic anastomosis of esophagus

- 42.51 Intrathoracic esophagoesophagostomy
- 42.52 Intrathoracic esophagogastrostomy
- 42.53 Intrathoracic esophageal anastomosis with interposition of small bowel
- 42.54 Other intrathoracic esophagoenterostomy
- 42.55 Intrathoracic esophageal anastomosis with interposition of colon
- 42.56 Other intrathoracic esophagocolostomy
- 42.58 Intrathoracic esophageal anastomosis with other interposition
- 42.59 Other intrathoracic anastomosis of esophagus

42.6 Antesternal anastomosis of esophagus

- 42.61 Antesternal esophagoesophagostomy
- 42.62 Antesternal esophagogastrostomy
- 42.63 Antesternal esophageal anastomosis with interposition of small bowel
- 42.64 Other antesternal esophagoenterostomy
- 42.65 Antesternal esophageal anastomosis with interposition of colon
- 42.66 Other antesternal esophagocolostomy
- 42.68 Other antesternal esophageal anastomosis with interposition
- 42.69 Other antesternal anastomosis of esophagus

**42.7 Esophagomyotomy****42.8 Other repair of esophagus**

- 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
- 42.82 Suture of laceration of esophagus
- 42.83 Closure of esophagostomy
- 42.84 Repair of esophageal fistula, not elsewhere classified
- 42.85 Repair of esophageal stricture
- 42.86 Production of subcutaneous tunnel without esophageal anastomosis
- 42.87 Other graft of esophagus
- 42.89 Other repair of esophagus

42.9 Other operations on esophagus

- 42.91 Ligation of esophageal varices
- 42.92 Dilation of esophagus

43 Incision and excision of stomach**43.0 Gastrotomy****43.1 Gastrostomy**

- 43.11 Percutaneous [endoscopic] gastrostomy [PEG]
- 43.19 Other gastrostomy

43.3 Pyloromyotomy**43.4 Local excision or destruction of lesion or tissue of stomach**

- 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach
- 43.42 Local excision of other lesion or tissue of stomach
- 43.49 Other destruction of lesion or tissue of stomach

43.5 Partial gastrectomy with anastomosis to esophagus**43.6 Partial gastrectomy with anastomosis to duodenum****43.7 Partial gastrectomy with anastomosis to jejunum****43.8 Other partial gastrectomy**

- 43.81 Partial gastrectomy with jejunal transposition
- 43.89 Other

43.9 Total gastrectomy

- 43.91 Total gastrectomy with intestinal interposition
- 43.99 Other total gastrectomy Complete



44 Other operations on stomach

44.0 Vagotomy

44.00 Vagotomy, not otherwise specified

44.01 Truncal vagotomy

44.02 Highly selective vagotomy

44.03 Other selective vagotomy

44.1 Diagnostic procedures on stomach

44.11 Transabdominal gastroscopy

44.12 Gastroscopy through artificial stoma

44.13 Other gastroscopy

44.14 Closed [endoscopic] biopsy of stomach

44.15 Open biopsy of stomach

44.19 Other diagnostic procedures on stomach

44.2 Pyloroplasty

44.21 Dilation of pylorus by incision

44.22 Endoscopic dilation of pylorus

44.29 Other pyloroplasty

44.3 Gastroenterostomy without gastrectomy

44.31 High gastric bypass

44.32 Percutaneous [endoscopic] gastrojejunostomy

44.38 Laparoscopic gastroenterostomy

44.39 Other gastroenterostomy

44.4 Control of hemorrhage and suture of ulcer of stomach or duodenum

44.40 Suture of peptic ulcer, not otherwise specified

44.41 Suture of gastric ulcer site

44.42 Suture of duodenal ulcer site

44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding

44.44 Transcatheter embolization for gastric or duodenal bleeding

44.5 Revision of gastric anastomosis

44.6 Other repair of stomach

44.61 Suture of laceration of stomach

44.62 Closure of gastrostomy

44.63 Closure of other gastric fistula

44.64 Gastropexy

44.65 Esophagogastroplasty

44.66 Other procedures for creation of esophagogastric sphincteric



- 44.67 Laparoscopic procedures for creation of esophagogastric sphincteric competence
- 44.68 Laparoscopic gastroplasty
- 44.69 Other

44.9 Other operations on stomach

- 44.91 Ligation of gastric varices
- 44.92 Intraoperative manipulation of stomach
- 44.93 Insertion of gastric bubble (balloon)
- 44.94 Removal of gastric bubble (balloon)
- 44.95 Laparoscopic gastric restrictive procedure
- 44.96 Laparoscopic revision of gastric restrictive procedure
- 44.97 Laparoscopic removal of gastric restrictive device(s)
- 44.98 (Laparoscopic) adjustment of size of adjustable gastric restrictive device
- 44.99 Other

45 Incision, excision, and anastomosis of intestine

45.0 Enterotomy

- 45.00 Incision of intestine, not otherwise specified
- 45.01 Incision of duodenum
- 45.02 Other incision of small intestine
- 45.03 Incision of large intestine

45.1 Diagnostic procedures on small intestine

- 45.11 Transabdominal endoscopy of small intestine
- 45.12 Endoscopy of small intestine through artificial stoma
- 45.13 Other endoscopy of small intestine
Esophagogastroduodenoscopy [EGD]
- 45.14 Closed [endoscopic] biopsy of small intestine
- 45.15 Open biopsy of small intestine
- 45.16 Esophagogastroduodenoscopy [EGD] with closed biopsy

45.2 Diagnostic procedures on large intestine

- 45.21 Transabdominal endoscopy of large intestine
- 45.22 Endoscopy of large intestine through artificial stoma
- 45.23 Colonoscopy
- 45.24 Flexible sigmoidoscopy
- 45.25 Closed [endoscopic] biopsy of large intestine
- 45.26 Open biopsy of large intestine



- 45.3 Local excision or destruction of lesion or tissue of small intestine**
- 45.30 Endoscopic excision or destruction of lesion of duodenum
 - 45.31 Other local excision of lesion of duodenum
 - 45.32 Other destruction of lesion of duodenum
 - 45.33 Local excision of lesion or tissue of small intestine, except duodenum
 - 45.34 Other destruction of lesion of small intestine, except duodenum
- 45.4 Local excision or destruction of lesion or tissue of large intestine**
- 45.41 Excision of lesion or tissue of large intestine
 - 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine
 - 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
 - 45.49 Other destruction of lesion of large intestine
- 45.5 Isolation of intestinal segment**
- 45.50 Isolation of intestinal segment, not otherwise specified
 - 45.51 Isolation of segment of small intestine
 - 45.52 Isolation of segment of large intestine
- 45.6 Other excision of small intestine**
- 45.61 Multiple segmental resection of small intestine
 - 45.62 Other partial resection of small intestine
 - 45.63 Total removal of small intestine
- 45.7 Open and other partial excision of large intestine**
- 45.71 Open and other multiple segmental resection of large intestine
 - 45.72 Open and other cecectomy
 - 45.73 Open and other right hemicolectomy
 - 45.74 Open and other resection of transverse colon
 - 45.75 Open and other left hemicolectomy
 - 45.76 Open and other sigmoidectomy
 - 45.79 Other and unspecified partial excision of large intestine
- 45.8 Total intra-abdominal colectomy**
- 45.81 Laparoscopic total intra-abdominal colectomy
 - 45.82 Open total intra-abdominal colectomy
 - 45.83 Other and unspecified total intra-abdominal colectomy
- 45.9 Intestinal anastomosis**
- 45.90 Intestinal anastomosis, not otherwise specified
 - 45.91 Small-to-small intestinal anastomosis
 - 45.92 Anastomosis of small intestine to rectal stump
 - 45.93 Other small-to-large intestinal anastomosis



45.94 Large-to-large intestinal anastomosis

45.95 Anastomosis to anus

46 Other operations on intestine

46.0 Exteriorization of intestine

46.01 Exteriorization of small intestine

46.02 Resection of exteriorized segment of small intestine

46.03 Exteriorization of large intestine

46.04 Resection of exteriorized segment of large intestine

46.1 Colostomy

46.10 Colostomy, not otherwise specified

46.11 Temporary colostomy

46.13 Permanent colostomy

46.14 Delayed opening of colostomy

46.2 Ileostomy

46.20 Ileostomy, not otherwise specified

46.21 Temporary ileostomy

46.22 Continent ileostomy

46.23 Other permanent ileostomy

46.24 Delayed opening of ileostomy

46.3 Other enterostomy

46.31 Delayed opening of other enterostomy

46.32 Percutaneous (endoscopic) jejunostomy [PEJ]

46.39 Other Duodenostomy Feeding enterostomy

46.4 Revision of intestinal stoma

46.40 Revision of intestinal stoma, not otherwise specified

46.41 Revision of stoma of small intestine

46.42 Repair of pericostomy hernia

46.43 Other revision of stoma of large intestine

46.5 Closure of intestinal stoma

46.50 Closure of intestinal stoma, not otherwise specified

46.51 Closure of stoma of small intestine

46.52 Closure of stoma of large intestine

46.6 Fixation of intestine

46.60 Fixation of intestine, not otherwise specified

46.61 Fixation of small intestine to abdominal wall

46.62 Other fixation of small intestine



46.63 Fixation of large intestine to abdominal wall

46.64 Other fixation of large intestine

46.7 Other repair of intestine

46.71 Suture of laceration of duodenum

46.72 Closure of fistula of duodenum

46.73 Suture of laceration of small intestine, except duodenum

46.74 Closure of fistula of small intestine, except duodenum

46.75 Suture of laceration of large intestine

46.76 Closure of fistula of large intestine

46.8 Dilatation and manipulation of intestine

46.80 Intra-abdominal manipulation of intestine, not otherwise specified

46.81 Intra-abdominal manipulation of small intestine

46.82 Intra-abdominal manipulation of large intestine

46.85 Dilatation of intestine

46.86 Endoscopic insertion of colonic stent(s)

46.87 Other insertion of colonic stent(s)

46.9 Other operations on intestines

46.91 Myotomy of sigmoid colon

46.92 Myotomy of other parts of colon

46.93 Revision of anastomosis of small intestine

46.94 Revision of anastomosis of large intestine

46.97 Transplant of intestine

46.99 Other

47 Operations on appendix

47.0 Appendectomy

47.01 Laparoscopic appendectomy

47.09 Other appendectomy

47.1 Incidental appendectomy

47.11 Laparoscopic incidental appendectomy

47.19 Other incidental appendectomy

47.2 Drainage of appendiceal abscess

47.9 Other operations on appendix

47.91 Appendicostomy

47.92 Closure of appendiceal fistula



48 Operations on rectum, rectosigmoid and perirectal tissue

48.0 Proctotomy

48.1 Proctostomy

48.2 Diagnostic procedures on rectum, rectosigmoid and perirectal tissue

48.21 Transabdominal proctosigmoidoscopy

48.22 Proctosigmoidoscopy through artificial stoma

48.23 Rigid proctosigmoidoscopy

48.24 Closed [endoscopic] biopsy of rectum

48.25 Open biopsy of rectum

48.26 Biopsy of perirectal tissue

48.3 Local excision or destruction of lesion or tissue of rectum

48.35 Local excision of rectal lesion or tissue

48.36 [Endoscopic] polypectomy of rectum

48.4 Pull-through resection of rectum

48.40 Pull-through resection of rectum, not otherwise specified

48.41 Soave submucosal resection of rectum

48.42 Laparoscopic pull-through resection of rectum

48.43 Open pull-through resection of rectum

48.49 Other pull-through resection of rectum

48.5 Abdominoperineal resection of rectum

48.50 Abdominoperineal resection of the rectum, not otherwise specified

48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum

48.52 Open abdominoperineal resection of the rectum

48.59 Other abdominoperineal resection of the rectum

48.6 Other resection of rectum

48.61 Transsacral rectosigmoidectomy

48.62 Anterior resection of rectum with synchronous colostomy

48.63 Other anterior resection of rectum

48.64 Posterior resection of rectum

48.65 Duhamel resection of rectum

48.69 Other

48.7 Repair of rectum

48.71 Suture of laceration of rectum

48.72 Closure of proctostomy

48.73 Closure of other rectal fistula

48.74 Rectorectostomy



- 48.75 Abdominal proctopexy
- 48.76 Other proctopexy
- 48.79 Other repair of rectum
- 48.8 Incision or excision of perirectal tissue or lesion
 - 48.81 Incision of perirectal tissue
 - 48.82 Excision of perirectal tissue
- 48.9 Other operations on rectum and perirectal tissue
 - 48.91 Incision of rectal stricture
 - 48.92 Anorectal myectomy
 - 48.93 Repair of perirectal fistula
 - 48.99 Other

49 Operations on anus

- 49.0 Incision or excision of perianal tissue
 - 49.01 Incision of perianal abscess
 - 49.02 Other incision of perianal tissue
 - 49.04 Other excision of perianal tissue
- 49.1 Incision or excision of anal fistula
 - 49.11 Anal fistulotomy
 - 49.12 Anal fistulectomy
- 49.2 Diagnostic procedures on anus and perianal tissue
 - 49.21 Anoscopy
 - 49.22 Biopsy of perianal tissue
 - 49.23 Biopsy of anus
 - 49.29 Other diagnostic procedures on anus and perianal tissue
- 49.3 Local excision or destruction of other lesion or tissue of anus
 - 49.31 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of anus
 - 49.39 Other local excision or destruction of lesion or tissue of anus
- 49.4 Procedures on hemorrhoids
 - 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy
 - 49.45 Ligation of hemorrhoids
 - 49.46 Excision of hemorrhoids
 - 49.49 Other procedures on hemorrhoids
- 49.5 Division of anal sphincter
 - 49.51 Left lateral anal sphincterotomy
 - 49.52 Posterior anal sphincterotomy
 - 49.59 Other anal sphincterotomy

**49.6** Excision of anus**49.7** Repair of anus**49.71** Suture of laceration of anus**49.72** Anal cerclage**49.73** Closure of anal fistula**49.74** Gracilis muscle transplant for anal incontinence**49.75** Implantation or revision of artificial anal sphincter**49.76** Removal of artificial anal sphincter**49.79** Other repair of anal sphincter**49.9** Other operations on anus**49.91** Incision of anal septum**49.92** Insertion of subcutaneous electrical anal stimulator**49.93** Other incision of anus**49.94** Reduction of anal prolapse**49.95** Control of (postoperative) hemorrhage of anus**49.99** Other**50 Operations on liver****50.0** Hepatotomy**50.1** Diagnostic procedures on liver**50.11** Closed (percutaneous) [needle] biopsy of liver**50.12** Open biopsy of liver**50.13** Transjugular liver biopsy**50.14** Laparoscopic liver biopsy**50.19** Other diagnostic procedures on liver**50.2** Local excision or destruction of liver tissue or lesion**50.21** Marsupialization of lesion of liver**50.22** Partial hepatectomy**50.23** Open ablation of liver lesion or tissue**50.24** Percutaneous ablation of liver lesion or tissue**50.25** Laparoscopic ablation of liver lesion or tissue**50.26** Other and unspecified ablation of liver lesion or tissue**50.29** Other destruction of lesion of liver**50.3** Lobectomy of liver**50.4** Total hepatectomy

**50.5 Liver transplant****50.51** Auxiliary liver transplant**50.59** Other transplant of liver**50.6 Repair of liver****50.61** Closure of laceration of liver**50.69** Other repair of liver**51 Operations on gallbladder and biliary tract****51.0 Cholecystotomy and cholecystostomy****51.02** Trocar cholecystostomy**51.03** Other cholecystostomy**51.04** Other cholecystotomy

Cholelithotomy NOS

51.1 Diagnostic procedures on biliary tract**51.10** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP]**51.11** Endoscopic retrograde cholangiography [ERC]**51.12** Percutaneous biopsy of gallbladder or bile ducts**51.13** Open biopsy of gallbladder or bile ducts**51.14** Other closed [endoscopic] biopsy of biliary duct or sphincter of Oddi**51.15** Pressure measurement of sphincter of Oddi**51.19** Other diagnostic procedures on biliary tract**51.2 Cholecystectomy****51.21** Other partial cholecystectomy**51.22** Cholecystectomy**51.23** Laparoscopic cholecystectomy**51.24** Laparoscopic partial cholecystectomy**51.3 Anastomosis of gallbladder or bile duct****51.31** Anastomosis of gallbladder to hepatic ducts**51.32** Anastomosis of gallbladder to intestine**51.33** Anastomosis of gallbladder to pancreas**51.34** Anastomosis of gallbladder to stomach**51.35** Other gallbladder anastomosis**51.36** Choledochoenterostomy**51.37** Anastomosis of hepatic duct to gastrointestinal tract**51.39** Other bile duct anastomosis



51.4 Incision of bile duct for relief of obstruction

- 51.41 Common duct exploration for removal of calculus
- 51.42 Common duct exploration for relief of other obstruction
- 51.43 Insertion of choledochohepatic tube for decompression
- 51.49 Incision of other bile ducts for relief of obstruction

51.5 Other incision of bile duct

- 51.51 Exploration of common duct
- 51.59 Incision of other bile duct

51.6 Local excision or destruction of lesion or tissue of biliary ducts and sphincter of Oddi

- 51.61 Excision of cystic duct remnant
- 51.62 Excision of ampulla of Vater (with reimplantation of common duct)
- 51.63 Other excision of common duct
- 51.64 Endoscopic excision or destruction of lesion of biliary ducts or sphincter of Oddi
- 51.69 Excision of other bile duct

51.7 Repair of bile ducts

- 51.71 Simple suture of common bile duct
- 51.72 Choledochoplasty
- 51.79 Repair of other bile ducts

51.8 Other operations on biliary ducts and sphincter of Oddi

- 51.81 Dilation of sphincter of Oddi
- 51.82 Pancreatic sphincterotomy Incision of
- 51.83 Pancreatic sphincteroplasty
- 51.84 Endoscopic dilation of ampulla and biliary duct
- 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy
- 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube
- 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
- 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
- 51.89 Other operations on sphincter of Oddi

51.9 Other operations on biliary tract

- 51.91 Repair of laceration of gallbladder
- 51.92 Closure of cholecystostomy
- 51.93 Closure of other biliary fistula
- 51.94 Revision of anastomosis of biliary tract
- 51.95 Removal of prosthetic device from bile duct
- 51.96 Percutaneous extraction of common duct stones
- 51.98 Other percutaneous procedures on biliary tract
- 51.99 Other



52 Operations on pancreas

52.0 Pancreatotomy

52.01 Drainage of pancreatic cyst by catheter

52.09 Other pancreatotomy

52.1 Diagnostic procedures on pancreas

52.11 Closed [aspiration] [needle] [percutaneous] biopsy of pancreas

52.12 Open biopsy of pancreas

52.13 Endoscopic retrograde pancreatography [ERP]

52.14 Closed [endoscopic] biopsy of pancreatic duct

52.19 Other diagnostic procedures on pancreas

52.2 Local excision or destruction of pancreas and pancreatic duct

52.21 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of pancreatic duct

52.22 Other excision or destruction of lesion or tissue of pancreas or pancreatic duct

52.3 Marsupialization of pancreatic cyst

52.4 Internal drainage of pancreatic cyst

52.5 Partial pancreatectomy

52.51 Proximal pancreatectomy

52.52 Distal pancreatectomy

52.53 Radical subtotal pancreatectomy

52.59 Other partial pancreatectomy

52.6 Total pancreatectomy

52.7 Radical pancreaticoduodenectomy

52.8 Transplant of pancreas

52.80 Pancreatic transplant, not otherwise specified

52.81 Reimplantation of pancreatic tissue

52.82 Homotransplant of pancreas

52.83 Heterotransplant of pancreas

52.84 Autotransplantation of cells of Islets of Langerhans

52.85 Allotransplantation of cells of Islets of Langerhans

52.86 Transplantation of cells of Islets of Langerhans, not otherwise specified

52.9 Other operations on pancreas

52.92 Cannulation of pancreatic duct

52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct

52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct

52.95 Other repair of pancreas

52.96 Anastomosis of pancreas

52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube



- 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
- 52.99 Other
- 53.0 **Other unilateral repair of inguinal hernia**
 - 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified
 - 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia
 - 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia
 - 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis
 - 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis
 - 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise specified
- 53.1 **Other bilateral repair of inguinal hernia**
 - 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified
 - 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia
 - 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia
 - 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect
 - 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis
 - 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis
 - 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis
 - 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified
- 53.2 **Unilateral repair of femoral hernia**
 - 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis
 - 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy
- 53.3 **Bilateral repair of femoral hernia**
 - 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis
 - 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
 - 53.41 Other and open repair of umbilical hernia with graft or prosthesis
 - 53.42 Laparoscopic repair of umbilical hernia with graft or prosthesis
 - 53.43 Other laparoscopic umbilical herniorrhaphy
 - 53.49 Other open umbilical herniorrhaphy
- 53.5 **Repair of other hernia of anterior abdominal wall (without graft or prosthesis)**
 - 53.51 Incisional hernia repair
 - 53.59 Repair of other hernia of anterior abdominal wall



- 53.6 **Repair of other hernia of anterior abdominal wall with graft or prosthesis**
 - 53.61 Other open incisional hernia repair with graft or prosthesis
 - 53.62 Laparoscopic incisional hernia repair with graft or prosthesis
 - 53.63 Other laparoscopic repair of other hernia of anterior abdominal wall with graft or prosthesis
 - 53.69 Other and open repair of other hernia of anterior abdominal wall with graft or prosthesis
- 53.7 **Repair of diaphragmatic hernia, abdominal approach**
 - 53.71 Laparoscopic repair of diaphragmatic hernia, abdominal approach
 - 53.72 Other and open repair of diaphragmatic hernia, abdominal approach
 - 53.75 Repair of diaphragmatic hernia, abdominal approach, not otherwise specified
- 53.8 **Repair of diaphragmatic hernia, thoracic approach**
 - 53.80 Repair of diaphragmatic hernia with thoracic approach, not otherwise specified
 - 53.81 Plication of the diaphragm
 - 53.82 Repair of parasternal hernia
 - 53.83 Laparoscopic repair of diaphragmatic hernia, with thoracic approach
 - 53.84 Other and open repair of diaphragmatic hernia, with thoracic approach
- 53.9 **Other hernia repair**
- 54.0 **Incision of abdominal wall**
- 54.1 **Laparotomy**
 - 54.12 Reopening of recent laparotomy site
 - 54.19 Other laparotomy
- 54.2 **Diagnostic procedures of abdominal region**
 - 54.21 Laparoscopy
 - 54.22 Biopsy of abdominal wall or umbilicus
 - 54.23 Biopsy of peritoneum
 - 54.24 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of intra-abdominal mass
 - 54.25 Peritoneal lavage
 - 54.29 Other diagnostic procedures on abdominal region
- 54.3 **Excision or destruction of lesion or tissue of abdominal wall or umbilicus**
- 54.4 **Excision or destruction of peritoneal tissue**
- 54.5 **Lysis of peritoneal adhesions**
 - 54.51 Laparoscopic lysis of peritoneal adhesions
 - 54.59 Other lysis of peritoneal adhesions
- 54.6 **Suture of abdominal wall and peritoneum**
 - 54.61 Reclosure of postoperative disruption of abdominal wall
 - 54.62 Delayed closure of granulating abdominal wound



54.63 Other suture of abdominal wall

54.64 Suture of peritoneum

54.7 Other repair of abdominal wall and peritoneum

54.71 Repair of gastroschisis

54.72 Other repair of abdominal wall

54.73 Other repair of peritoneum

54.74 Other repair of omentum

54.75 Other repair of mesentery

54.9 Other operations of abdominal region

54.91 Percutaneous abdominal drainage

54.92 Removal of foreign body from peritoneal cavity

54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula

54.94 Creation of peritoneovascular shunt

54.95 Incision of peritoneum

54.98 Peritoneal dialysis

55 Operations on kidney

55.0 Nephrotomy and nephrostomy

55.01 Nephrotomy

55.02 Nephrostomy

55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation

55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation

55.1 Pyelotomy and pyelostomy

55.11 Pyelotomy

55.12 Pyelostomy

55.2 Diagnostic procedures on kidney

55.21 Nephroscopy

55.22 Pyeloscopy

55.23 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of kidney

55.24 Open biopsy of kidney

55.29 Other diagnostic procedures on kidney

55.3 Local excision or destruction of lesion or tissue of kidney

55.31 Marsupialization of kidney lesion

55.32 Open ablation of renal lesion or tissue

55.33 Percutaneous ablation of renal lesion or tissue

55.34 Laparoscopic ablation of renal lesion or tissue



- 55.35 Other and unspecified ablation of renal lesion or tissue
- 55.39 Other local destruction or excision of renal lesion or tissue

55.4 Partial nephrectomy

55.5 Complete nephrectomy

- 55.51 Nephroureterectomy
- 55.52 Nephrectomy of remaining kidney
- 55.53 Removal of transplanted or rejected kidney
- 55.54 Bilateral nephrectomy

55.6 Transplant of kidney

- 55.61 Renal autotransplantation
- 55.69 Other kidney transplantation

55.7 Nephropexy

55.8 Other repair of kidney

- 55.81 Suture of laceration of kidney
- 55.82 Closure of nephrostomy and pyelostomy
- 55.83 Closure of other fistula of kidney
- 55.84 Reduction of torsion of renal pedicle
- 55.85 Symphysiotomy for horseshoe kidney
- 55.86 Anastomosis of kidney
- 55.87 Correction of ureteropelvic junction
- 55.89 Other

55.9 Other operations on kidney

- 55.91 Decapsulation of kidney
- 55.97 Implantation or replacement of mechanical kidney
- 55.98 Removal of mechanical kidney
- 55.99 Other

56 Operations on ureter

56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis

56.1 Ureteral meatotomy

56.2 Ureterotomy

56.3 Diagnostic procedures on ureter

- 56.31 Ureteroscopy
- 56.32 Closed percutaneous biopsy of ureter
- 56.33 Closed endoscopic biopsy of ureter
- 56.34 Open biopsy of ureter



- 56.35 Endoscopy (cystoscopy) (looposcopy) of ileal conduit
- 56.39 Other diagnostic procedures on ureter
- 56.4 Ureterectomy
 - 56.40 Ureterectomy, not otherwise specified
 - 56.41 Partial ureterectomy
 - 56.42 Total ureterectomy
- 56.5 Cutaneous uretero-ileostomy
 - 56.51 Formation of cutaneous uretero-ileostomy
 - 56.52 Revision of cutaneous uretero-ileostomy
- 56.6 Other external urinary diversion
 - 56.61 Formation of other cutaneous ureterostomy
 - 56.62 Revision of other cutaneous ureterostomy
- 56.7 Other anastomosis or bypass of ureter
 - 56.71 Urinary diversion to intestine
 - 56.72 Revision of ureterointestinal anastomosis
 - 56.73 Nephrocystanastomosis, not otherwise specified
 - 56.74 Ureteroneocystostomy
 - 56.75 Transureteroureterostomy
 - 56.79 Other
- 56.8 Repair of ureter
 - 56.81 Lysis of intraluminal adhesions of ureter
 - 56.82 Suture of laceration of ureter
 - 56.83 Closure of ureterostomy
 - 56.84 Closure of other fistula of ureter
 - 56.85 Ureteropexy
 - 56.86 Removal of ligature from ureter
 - 56.89 Other repair of ureter
- 56.9 Other operations on ureter
 - 56.91 Dilation of ureteral meatus
 - 56.92 Implantation of electronic ureteral stimulator
 - 56.93 Replacement of electronic ureteral stimulator
 - 56.94 Removal of electronic ureteral stimulator
 - 56.95 Ligation of ureter
 - 56.99 Other



57 Operations on urinary bladder

57.0 Transurethral clearance of bladder

57.1 Cystotomy and cystostomy

57.11 Percutaneous aspiration of bladder

57.12 Lysis of intraluminal adhesions with incision into bladder

57.17 Percutaneous cystostomy

57.18 Other suprapubic cystostomy

57.19 Other cystotomy

57.2 Vesicostomy

57.21 Vesicostomy

57.22 Revision or closure of vesicostomy

57.3 Diagnostic procedures on bladder

57.31 Cystoscopy through artificial stoma

57.32 Other cystoscopy

57.33 Closed [transurethral] biopsy of bladder

57.34 Open biopsy of bladder

57.39 Other diagnostic procedures on bladder

57.4 Transurethral excision or destruction of bladder tissue

57.41 Transurethral lysis of intraluminal adhesions

57.49 Other transurethral excision or destruction of lesion or tissue of bladder

57.5 Other excision or destruction of bladder tissue

57.51 Excision of urachus

57.59 Open excision or destruction of other lesion or tissue of bladder

57.6 Partial cystectomy

57.7 Total cystectomy

57.71 Radical cystectomy

57.79 Other total cystectomy

57.8 Other repair of urinary bladder

57.81 Suture of laceration of bladder

57.82 Closure of cystostomy

57.83 Repair of fistula involving bladder and intestine

57.84 Repair of other fistula of bladder

57.85 Cystourethroplasty and plastic repair of bladder neck

57.86 Repair of bladder exstrophy

57.87 Reconstruction of urinary bladder

57.88 Other anastomosis of bladder

57.89 Other repair of bladder



57.9 Other operations on bladder

- 57.91 Sphincterotomy of bladder
- 57.93 Control of (postoperative) hemorrhage of bladder
- 57.94 Insertion of indwelling urinary catheter
- 57.96 Implantation of electronic bladder stimulator
- 57.97 Replacement of electronic bladder stimulator
- 57.98 Removal of electronic bladder stimulator
- 57.99 Other

58 Operations on urethra

58.0 Urethrotomy

58.1 Urethral meatotomy

58.2 Diagnostic procedures on urethra

- 58.21 Perineal urethroscopy
- 58.22 Other urethroscopy
- 58.23 Biopsy of urethra
- 58.24 Biopsy of periurethral tissue

58.3 Excision or destruction of lesion or tissue of urethra

- 58.31 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of urethra

58.4 Repair of urethra

- 58.41 Suture of laceration of urethra
- 58.42 Closure of urethrostomy
- 58.43 Closure of other fistula of urethra
- 58.44 Reanastomosis of urethra
- 58.45 Repair of hypospadias or epispadias
- 58.46 Other reconstruction of urethra
- 58.47 Urethral meatoplasty
- 58.49 Other repair of urethra

58.5 Release of urethral stricture

58.6 Dilation of urethra

58.9 Other operations on urethra and periurethral tissue

- 58.91 Incision of periurethral tissue
- 58.92 Excision of periurethral tissue
- 58.93 Implantation of artificial urinary sphincter [AUS]
- 58.99 Other



59 Other operations on urinary tract

59.0 Dissection of retroperitoneal tissue

59.00 Retroperitoneal dissection, not otherwise specified

59.02 Other lysis of perirenal or periureteral adhesions

59.03 Laparoscopic lysis of perirenal or periureteral adhesions

59.09 Other incision of perirenal or periureteral tissue

59.1 Incision of perivesical tissue

59.11 Other lysis of perivesical adhesions

59.12 Laparoscopic lysis of perivesical adhesions

59.19 Other incision of perivesical tissue

59.2 Diagnostic procedures on perirenal and perivesical tissue

59.21 Biopsy of perirenal or perivesical tissue

59.29 Other diagnostic procedures on perirenal tissue, perivesical tissue, and retroperitoneum

59.3 Plication of urethrovesical junction

59.4 Suprapubic sling operation

59.5 Retropubic urethral suspension

59.6 Paraurethral suspension

59.7 Other repair of urinary stress incontinence

59.71 Levator muscle operation for urethrovesical suspension

59.79 Other

59.8 Ureteral catheterization

59.9 Other operations on urinary system

59.91 Excision of perirenal or perivesical tissue

59.92 Other operations on perirenal or perivesical tissue

60.0 Incision of prostate

60.1 Diagnostic procedures on prostate and seminal vesicles

60.11 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of prostate

60.12 Open biopsy of prostate

60.13 Closed [percutaneous] biopsy of seminal vesicles

60.14 Open biopsy of seminal vesicles

60.15 Biopsy of periprostatic tissue

60.18 Other diagnostic procedures on prostate and periprostatic tissue

60.19 Other diagnostic procedures on seminal vesicles



60.2 Transurethral prostatectomy

60.21 Transurethral (ultrasound) guided laser induced prostatectomy (TULIP)

60.29 Other transurethral prostatectomy

60.3 Suprapubic prostatectomy

60.4 Retropubic prostatectomy

60.5 Radical prostatectomy

60.6 Other prostatectomy

60.61 Local excision of lesion of prostate

60.62 Perineal prostatectomy

60.69 Other

60.7 Operations on seminal vesicles

60.71 Percutaneous aspiration of seminal vesicle

60.72 Incision of seminal vesicle

60.73 Excision of seminal vesicle

60.79 Other operations on seminal vesicles

60.8 Incision or excision of periprostatic tissue

60.81 Incision of periprostatic tissue

60.82 Excision of periprostatic tissue

60.9 Other operations on prostate

60.93 Repair of prostate

60.94 Control of (postoperative) hemorrhage of prostate

60.95 Transurethral balloon dilation of the prostatic urethra

60.96 Transurethral destruction of prostate tissue by microwave thermotherapy

60.97 Other transurethral destruction of prostate tissue by other

60.99 Other

61 Operations on scrotum and tunica vaginalis

61.0 Incision and drainage of scrotum and tunica vaginalis

61.1 Diagnostic procedures on scrotum and tunica vaginalis

61.11 Biopsy of scrotum or tunica vaginalis

61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)

61.3 Excision or destruction of lesion or tissue of scrotum

61.4 Repair of scrotum and tunica vaginalis

61.42 Repair of scrotal fistula

61.49 Other repair of scrotum and tunica vaginalis



61.9 Other operations on scrotum and tunica vaginalis

61.91 Percutaneous aspiration of tunica vaginalis

61.92 Excision of lesion of tunica vaginalis other than hydrocele

61.99 Other

62 Operations on testes

62.0 Incision of testis

62.1 Diagnostic procedures on testes

62.11 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of testis

62.12 Open biopsy of testis

62.19 Other diagnostic procedures on testes

62.2 Excision or destruction of testicular lesion

62.3 Unilateral orchiectomy

62.4 Bilateral orchiectomy

62.41 Removal of both testes at same operative episode

62.42 Removal of remaining testis

62.5 Orchiopexy

62.6 Repair of testes

62.61 Suture of laceration of testis

62.69 Other repair of testis

62.7 Insertion of testicular prosthesis

62.9 Other operations on testes

62.99 Other

63 Operations on spermatic cord, epididymis, and vas deferens

63.0 Diagnostic procedures on spermatic cord, epididymis, and vas deferens

63.01 Biopsy of spermatic cord, epididymis, or vas deferens

63.09 Other diagnostic procedures on spermatic cord, epididymis, and vas deferens

63.1 Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord

63.2 Excision of cyst of epididymis

63.3 Excision of other lesion or tissue of spermatic cord and epididymis

63.4 Epididymectomy

63.5 Repair of spermatic cord and epididymis

63.51 Suture of laceration of spermatic cord and epididymis

63.53 Transplantation of spermatic cord

63.59 Other repair of spermatic cord and epididymis



63.7 Vasectomy and ligation of vas deferens

- 63.70 Male sterilization procedure, not otherwise specified
- 63.71 Ligation of vas deferens
- 63.72 Ligation of spermatic cord
- 63.73 Vasectomy

63.8 Repair of vas deferens and epididymis

- 63.81 Suture of laceration of vas deferens and epididymis
- 63.82 Reconstruction of surgically divided vas deferens
- 63.83 Epididymovasostomy
- 63.85 Removal of valve from vas deferens
- 63.89 Other repair of vas deferens and epididymis

63.9 Other operations on spermatic cord, epididymis, and vas deferens

- 63.92 Epididymotomy
- 63.93 Incision of spermatic cord
- 63.94 Lysis of adhesions of spermatic cord
- 63.95 Insertion of valve in vas deferens
- 63.99 Other

64 Operations on penis

64.0 Circumcision

64.1 Diagnostic procedures on the penis

- 64.11 Biopsy of penis

64.2 Local excision or destruction of lesion of penis

64.3 Amputation of penis

64.4 Repair and plastic operation on penis

- 64.41 Suture of laceration of penis
- 64.42 Release of chordee
- 64.43 Construction of penis
- 64.44 Reconstruction of penis
- 64.45 Replantation of penis
- 64.49 Other repair of penis

64.5 Operations for sex transformation, not elsewhere classified

64.9 Other operations on male genital organs

- 64.92 Incision of penis
- 64.93 Division of penile adhesions
- 64.95 Insertion or replacement of non-inflatable penile prosthesis
- 64.96 Removal of internal prosthesis of penis



- 64.97 Insertion or replacement of inflatable penile prosthesis
- 64.98 Other operations on penis
- 64.99 Other

65 Operations on ovary

65.0 Oophorotomy

- 65.01 Laparoscopic oophorotomy
- 65.09 Other oophorotomy

65.1 Diagnostic procedures on ovaries

- 65.11 Aspiration biopsy of ovary
- 65.12 Other biopsy of ovary
- 65.13 Laparoscopic biopsy of ovary
- 65.14 Other laparoscopic diagnostic procedures on ovaries
- 65.19 Other diagnostic procedures on ovaries

65.2 Local excision or destruction of ovarian lesion or tissue

- 65.21 Marsupialization of ovarian cyst
- 65.22 Wedge resection of ovary
- 65.23 Laparoscopic marsupialization of ovarian cyst
- 65.24 Laparoscopic wedge resection of ovary
- 65.25 Other laparoscopic local excision or destruction of ovary
- 65.29 Other local excision or destruction of ovary

65.3 Unilateral oophorectomy

- 65.31 Laparoscopic unilateral oophorectomy
- 65.39 Other unilateral oophorectomy

65.4 Unilateral salpingo-oophorectomy

- 65.41 Laparoscopic unilateral salpingo-oophorectomy
- 65.49 Other unilateral salpingo-oophorectomy

65.5 Bilateral oophorectomy

- 65.51 Other removal of both ovaries at same operative episode
- 65.52 Other removal of remaining ovary
- 65.53 Laparoscopic removal of both ovaries at same operative episode
- 65.54 Laparoscopic removal of remaining ovary

65.6 Bilateral salpingo-oophorectomy

- 65.61 Other removal of both ovaries and tubes at same operative episode
- 65.62 Other removal of remaining ovary and tube
- 65.63 Laparoscopic removal of both ovaries and tubes at same operative episode
- 65.64 Laparoscopic removal of remaining ovary and tube



65.7 Repair of ovary

- 65.71 Other simple suture of ovary
- 65.72 Other reimplantation of ovary
- 65.73 Other salpingo-oophoroplasty
- 65.74 Laparoscopic simple suture of ovary
- 65.75 Laparoscopic reimplantation of ovary
- 65.76 Laparoscopic salpingo-oophoroplasty
- 65.79 Other repair of ovary

65.8 Lysis of adhesions of ovary and fallopian tube

- 65.81 Laparoscopic lysis of adhesions of ovary and fallopian tube
- 65.89 Other lysis of adhesions of ovary and fallopian tube

65.9 Other operations on ovary

- 65.91 Aspiration of ovary
- 65.92 Transplantation of ovary
- 65.93 Manual rupture of ovarian cyst
- 65.94 Ovarian denervation
- 65.95 Release of torsion of ovary
- 65.99 Other

66 Operations on fallopian tubes

66.0 Salpingotomy and salpingostomy

- 66.01 Salpingotomy
- 66.02 Salpingostomy

66.1 Diagnostic procedures on fallopian tubes

- 66.11 Biopsy of fallopian tube
- 66.19 Other diagnostic procedures on fallopian tubes

66.2 Bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes

- 66.21 Bilateral endoscopic ligation and crushing of fallopian tubes
- 66.22 Bilateral endoscopic ligation and division of fallopian tubes
- 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes

66.3 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes

- 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes
- 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes
- 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes

66.4 Total unilateral salpingectomy

66.5 Total bilateral salpingectomy

- 66.51 Removal of both fallopian tubes at same operative episode
- 66.52 Removal of remaining fallopian tube



66.6 Other salpingectomy

- 66.61 Excision or destruction of lesion of fallopian tube
- 66.62 Salpingectomy with removal of tubal pregnancy
- 66.63 Bilateral partial salpingectomy, not otherwise specified
- 66.69 Other partial salpingectomy

66.7 Repair of fallopian tube

- 66.71 Simple suture of fallopian tube
- 66.72 Salpingo-oophorostomy
- 66.73 Salpingo-salpingostomy
- 66.74 Salpingo-uterostomy
- 66.79 Other repair of fallopian tube

66.8 Insufflation of fallopian tube

66.9 Other operations on fallopian tubes

- 66.91 Aspiration of fallopian tube
- 66.92 Unilateral destruction or occlusion of fallopian tube
- 66.93 Implantation or replacement of prosthesis of fallopian tube
- 66.94 Removal of prosthesis of fallopian tube
- 66.95 Insufflation of therapeutic agent into fallopian tubes
- 66.96 Dilation of fallopian tube
- 66.97 Burying of fimbriae in uterine wall
- 66.99 Other

67 Operations on cervix

67.0 Dilation of cervical canal

67.1 Diagnostic procedures on cervix

- 67.11 Endocervical biopsy
- 67.12 Other cervical biopsy
- 67.19 Other diagnostic procedures on cervix

67.2 Conization of cervix

67.3 Other excision or destruction of lesion or tissue of cervix

- 67.31 Marsupialization of cervical cyst
- 67.32 Destruction of lesion of cervix by cauterization
- 67.33 Destruction of lesion of cervix by cryosurgery
- 67.39 Other excision or destruction of lesion or tissue of cervix

67.4 Amputation of cervix

67.5 Repair of internal cervical os

- 67.51 Transabdominal cerclage of cervix
- 67.59 Other repair of internal cervical os



67.6 Other repair of cervix

- 67.61 Suture of laceration of cervix
- 67.62 Repair of fistula of cervix
- 67.69 Other repair of cervix

68 Other incision and excision of uterus

68.0 Hysterotomy

68.1 Diagnostic procedures on uterus and supporting structures

- 68.12 Hysteroscopy
- 68.13 Open biopsy of uterus
- 68.14 Open biopsy of uterine ligaments
- 68.15 Closed biopsy of uterine ligaments
- 68.16 Closed biopsy of uterus
- 68.19 Other diagnostic procedures on uterus and supporting structures

68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus

- 68.21 Division of endometrial synechiae
- 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus
- 68.23 Endometrial ablation Dilation and
- 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus

68.3 Subtotal abdominal hysterectomy

- 68.31 Laparoscopic supracervical hysterectomy [LSH] Classic infra fascial SEMM
- 68.39 Other and unspecified subtotal abdominal hysterectomy, NOS\

68.4 Total abdominal hysterectomy

- 68.41 Laparoscopic total abdominal hysterectomy
- 68.49 Other and unspecified total abdominal hysterectomy

68.5 Vaginal hysterectomy

- 68.51 Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH)
- 68.59 Other and unspecified vaginal hysterectomy

68.6 Radical abdominal hysterectomy

- 68.61 Laparoscopic radical abdominal hysterectomy Laparoscopic modified
- 68.69 Other and unspecified radical abdominal hysterectomy

68.7 Radical vaginal hysterectomy

- 68.71 Laparoscopic radical vaginal hysterectomy [LRVH]
- 68.79 Other and unspecified radical vaginal hysterectomy

68.8 Pelvic evisceration

68.9 Other and unspecified hysterectomy



69 Other operations on uterus and supporting structures

69.0 Dilation and curettage of uterus

- 69.01 Dilation and curettage for termination of pregnancy
- 69.02 Dilation and curettage following delivery or abortion
- 69.09 Other dilation and curettage

69.1 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus and supporting structures

- 69.19 Other excision or destruction of uterus and supporting structures

69.2 Repair of uterine supporting structures

- 69.21 Interposition operation
- 69.22 Other uterine suspension
- 69.23 Vaginal repair of chronic inversion of uterus
- 69.29 Other repair of uterus and supporting structures

69.3 Paracervical uterine denervation

69.4 Uterine repair

- 69.41 Suture of laceration of uterus
- 69.42 Closure of fistula of uterus
- 69.49 Other repair of uterus

69.5 Aspiration curettage of uterus

- 69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy
- 69.52 Aspiration curettage following delivery or abortion
- 69.59 Other aspiration curettage of uterus

69.9 Other operations on uterus, cervix, and supporting structures

- 69.95 Incision of cervix
- 69.97 Removal of other penetrating foreign body from cervix
- 69.98 Other operations on supporting structures of uterus
- 69.99 Other operations on cervix and uterus

70 Operations on vagina and cul-de-sac

70.1 Incision of vagina and cul-de-sac

- 70.12 Culdotomy
- 70.13 Lysis of intraluminal adhesions of vagina
- 70.14 Other vaginotomy

70.2 Diagnostic procedures on vagina and cul-de-sac

- 70.21 Vaginoscopy
- 70.22 Culdoscopy
- 70.23 Biopsy of cul-de-sac
- 70.24 Vaginal biopsy
- 70.29 Other diagnostic procedures on vagina and cul- de-sac



70.3 Local excision or destruction of vagina and cul-de-sac

- 70.31 Hymenectomy
- 70.32 Excision or destruction of lesion of cul-de- sac
- 70.33 Excision or destruction of lesion of vagina

70.4 Obliteration and total excision of vagina

70.5 Repair of cystocele and rectocele

- 70.50 Repair of cystocele and rectocele
- 70.51 Repair of cystocele
- 70.52 Repair of rectocele
- 70.53 Repair of cystocele and rectocele with graft or prosthesis
- 70.54 Repair of cystocele with graft or prosthesis
- 70.55 Repair of rectocele with graft or prosthesis

70.6 Vaginal construction and reconstruction

- 70.61 Vaginal construction
- 70.62 Vaginal reconstruction
- 70.63 Vaginal construction with graft or prosthesis
- 70.64 Vaginal reconstruction with graft or prosthesis

70.7 Other repair of vagina

- 70.71 Suture of laceration of vagina
- 70.72 Repair of colovaginal fistula
- 70.73 Repair of rectovaginal fistula
- 70.74 Repair of other vaginoenteric fistula
- 70.75 Repair of other fistula of vagina
- 70.76 Hymenorrhaphy
- 70.77 Vaginal suspension and fixation
- 70.78 Vaginal suspension and fixation with graft or prosthesis
- 70.79 Other repair of vagina

70.8 Obliteration of vaginal vault

70.9 Other operations on vagina and cul-de-sac

- 70.91 Other operations on vagina
- 70.92 Other operations on cul-de-sac
- 70.93 Other operations on cul-de-sac with graft or prosthesis

71 Operations on vulva and perineum

71.0 Incision of vulva and perineum

- 71.01 Lysis of vulvar adhesions
- 71.09 Other incision of vulva and perineum



71.1 Diagnostic procedures on vulva

71.11 Biopsy of vulva

71.19 Other diagnostic procedures on vulva

71.2 Operations on Bartholin's gland

71.22 Incision of Bartholin's gland (cyst)

71.23 Marsupialization of Bartholin's gland (cyst)

71.24 Excision or other destruction of Bartholin's gland (cyst)

71.29 Other operations on Bartholin's gland

71.3 Other local excision or destruction of vulva and perineum

71.4 Operations on clitoris

71.5 Radical vulvectomy

71.6 Other vulvectomy

71.61 Unilateral vulvectomy

71.62 Bilateral vulvectomy

71.7 Repair of vulva and perineum

71.71 Suture of laceration of vulva or perineum

71.72 Repair of fistula of vulva or perineum

71.79 Other repair of vulva and perineum

71.8 Other operations on vulva

71.9 Other operations on female genital organs

72 Forceps, vacuum, and breech delivery

72.0 Low forceps operation

72.1 Low forceps operation with episiotomy

72.2 Mid forceps operation

72.21 Mid forceps operation with episiotomy

72.29 Other mid forceps operation

72.3 High forceps operation

72.31 High forceps operation with episiotomy

72.39 Other high forceps operation

72.4 Forceps rotation of fetal head

72.5 Breech extraction

72.51 Partial breech extraction with forceps to aftercoming head

72.52 Other partial breech extraction

72.53 Total breech extraction with forceps to aftercoming head

72.54 Other total breech extraction



72.7 Vacuum extraction

72.71 Vacuum extraction with episiotomy

72.79 Other vacuum extraction

73 Other procedures inducing or assisting delivery

73.2 Internal and combined version and extraction

73.21 Internal and combined version without extraction

73.22 Internal and combined version with extraction

73.3 Failed forceps

73.8 Operations on fetus to facilitate delivery

73.9 Other operations assisting delivery

73.91 External version

73.92 Replacement of prolapsed umbilical cord

73.94 Pubiotomy to assist delivery

73.99 Other

74 Cesarean section and removal of fetus

74.0 Classical cesarean section

74.1 Low cervical cesarean section

74.2 Extraperitoneal cesarean section

74.3 Removal of extratubal ectopic pregnancy

74.4 Cesarean section of other specified type

74.9 Cesarean section of unspecified type

74.91 Hysterotomy to terminate pregnancy

74.99 Other cesarean section of unspecified type

75 Other obstetric operations

75.0 Intra-amniotic injection for abortion

75.1 Diagnostic amniocentesis

75.2 Intrauterine transfusion

75.3 Other intrauterine operations on fetus and amnion

75.31 Amnioscopy

75.33 Fetal blood sampling and biopsy

75.36 Correction of fetal defect

75.37 Amnioinfusion

75.4 Manual removal of retained placenta

**75.5 Repair of current obstetric laceration of uterus****75.50** Repair of current obstetric laceration of uterus, not otherwise specified**75.51** Repair of current obstetric laceration of cervix**75.52** Repair of current obstetric laceration of corpus uteri**75.6 Repair of other current obstetric laceration****75.61** Repair of current obstetric laceration of bladder and urethra**75.62** Repair of current obstetric laceration of rectum and sphincter ani**75.7 Manual exploration of uterine cavity, postpartum****75.9 Other obstetric operations****75.91** Evacuation of obstetrical incisional hematoma of perineum**75.92** Evacuation of other hematoma of vulva or vagina**75.93** Surgical correction of inverted uterus**75.94** Manual replacement of inverted uterus**75.99** Other**76 Operations on facial bones and joints****76.0 Incision of facial bone without division****76.01** Sequestrectomy of facial bone**76.09** Other incision of facial bone**76.1 Diagnostic procedures on facial bones and joints****76.11** Biopsy of facial bone**76.19** Other diagnostic procedures on facial bones and joints**76.2 Local excision or destruction of lesion of facial bone****76.3 Partial ostectomy of facial bone****76.31** Partial mandibulectomy**76.39** Partial ostectomy of other facial bone**76.4 Excision and reconstruction of facial bones****76.41** Total mandibulectomy with synchronous reconstruction**76.42** Other total mandibulectomy**76.43** Other reconstruction of mandible**76.44** Total ostectomy of other facial bone with synchronous reconstruction**76.45** Other total ostectomy of other facial bone**76.46** Other reconstruction of other facial bone**76.5 Temporomandibular arthroplasty****76.6 Other facial bone repair and orthognathic surgery****76.61** Closed osteoplasty [osteotomy] of mandibular ramus**76.62** Open osteoplasty [osteotomy] of mandibular ramus**76.63** Osteoplasty [osteotomy] of body of mandible



- 76.64 Other orthognathic surgery on mandible
- 76.65 Segmental osteoplasty [osteotomy] of maxilla
- 76.66 Total osteoplasty [osteotomy] of maxilla
- 76.67 Reduction genioplasty
- 76.68 Augmentation genioplasty
- 76.69 Other facial bone repair
- 76.7 Reduction of facial fracture
 - 76.70 Reduction of facial fracture, not otherwise specified
 - 76.72 Open reduction of malar and zygomatic fracture
 - 76.74 Open reduction of maxillary fracture
 - 76.76 Open reduction of mandibular fracture
 - 76.77 Open reduction of alveolar fracture
 - 76.79 Other open reduction of facial fracture
- 76.9 Other operations on facial bones and joints
 - 76.91 Bone graft to facial bone
 - 76.92 Insertion of synthetic implant in facial bone
 - 76.94 Open reduction of temporomandibular dislocation
 - 76.97 Removal of internal fixation device from facial bone
 - 76.99 Other

77 Incision, excision, and division of other bones

- 77.0 Sequestrectomy
- 77.1 Other incision of bone without division
- 77.3 Other division of bone
- 77.4 Biopsy of bone
- 77.5 Excision and repair of bunion and other toe deformities
 - 77.51 Bunionectomy with soft tissue correction and osteotomy of the first metatarsal
 - 77.52 Bunionectomy with soft tissue correction and arthrodesis
 - 77.53 Other bunionectomy with soft tissue correction
 - 77.54 Excision or correction of bunionette
 - 77.56 Repair of hammer toe
 - 77.57 Repair of claw toe
 - 77.58 Other excision, fusion and repair of toes
 - 77.59 Other bunionectomy
- 77.6 Local excision of lesion or tissue of bone
- 77.7 Excision of bone for graft
- 77.8 Other partial ostectomy
- 77.9 Total ostectomy



78 Other operations on bones, except facial bones

- 78.0 Bone graft
- 78.2 Limb shortening procedures
- 78.3 Limb lengthening procedures
- 78.4 Other repair or plastic operations on bone
- 78.5 Internal fixation of bone without fracture reduction
- 78.6 Removal of implanted devices from bone
- 78.7 Osteoclasis
- 78.8 Diagnostic procedures on bone, not elsewhere classified
- 78.9 Insertion of bone growth stimulator

79 Reduction of fracture and dislocation

- 79.1 Closed reduction of fracture with internal fixation
- 79.2 Open reduction of fracture without internal fixation
- 79.3 Open reduction of fracture with internal fixation
- 79.4 Closed reduction of separated epiphysis
- 79.5 Open reduction of separated epiphysis
- 79.6 Debridement of open fracture site
- 79.8 Open reduction of dislocation
 - 79.80 Open reduction of dislocation of unspecified site
 - 79.81 Open reduction of dislocation of shoulder
 - 79.82 Open reduction of dislocation of elbow
 - 79.83 Open reduction of dislocation of wrist
 - 79.84 Open reduction of dislocation of hand and finger
 - 79.85 Open reduction of dislocation of hip
 - 79.86 Open reduction of dislocation of knee
 - 79.87 Open reduction of dislocation of ankle
 - 79.88 Open reduction of dislocation of foot and toe
 - 79.89 Open reduction of dislocation of other specified sites
- 79.9 Unspecified operation on bone injury

80 Incision and excision of joint structures

- 80.0 Arthrotomy for removal of prosthesis without replacement
- 80.1 Other arthrotomy
- 80.2 Arthroscopy
- 80.4 Division of joint capsule, ligament, or cartilage



80.5 Excision, destruction and other repair of intervertebral disc

- 80.50 Excision or destruction of intervertebral disc, unspecified
- 80.51 Excision of intervertebral disc
- 80.53 Repair of the anulus fibrosus with graft or prosthesis
- 80.54 Other and unspecified repair of the anulus fibrosus
- 80.59 Other destruction of intervertebral disc

80.6 Excision of semilunar cartilage of knee

80.7 Synovectomy

80.8 Other local excision or destruction of lesion of joint

80.9 Other excision of joint

81 Repair and plastic operations on joint structures

81.0 Spinal fusion

- 81.00 Spinal fusion, not otherwise specified
- 81.01 Atlas-axis spinal fusion
- 81.02 Other cervical fusion, anterior technique
- 81.03 Other cervical fusion, posterior technique
- 81.04 Dorsal and dorsolumbar fusion, anterior technique
- 81.05 Dorsal and dorsolumbar fusion, posterior technique
- 81.06 Lumbar and lumbosacral fusion, anterior technique
- 81.07 Lumbar and lumbosacral fusion, lateral transverse process technique
- 81.08 Lumbar and lumbosacral fusion, posterior technique

81.1 Arthrodesis and arthroereisis of foot and ankle

- 81.11 Ankle fusion
- 81.12 Triple arthrodesis
- 81.13 Subtalar fusion
- 81.14 Midtarsal fusion
- 81.15 Tarsometatarsal fusion
- 81.16 Metatarsophalangeal fusion
- 81.17 Other fusion of foot
- 81.18 Subtalar joint arthroereisis

81.2 Arthrodesis of other joint

- 81.20 Arthrodesis of unspecified joint
- 81.21 Arthrodesis of hip
- 81.22 Arthrodesis of knee
- 81.23 Arthrodesis of shoulder
- 81.24 Arthrodesis of elbow



- 81.25 Carporadial fusion
- 81.26 Metacarpocarpal fusion
- 81.27 Metacarpophalangeal fusion
- 81.28 Interphalangeal fusion
- 81.29 Arthrodesis of other specified joints

81.3 Refusion of spine

- 81.30 Refusion of spine, not otherwise specified
- 81.31 Refusion of atlas-axis spine
- 81.32 Refusion of other cervical spine, anterior technique
- 81.33 Refusion of other cervical spine, posterior technique
- 81.34 Refusion of dorsal and dorsolumbar spine, anterior technique
- 81.35 Refusion of dorsal and dorsolumbar spine, posterior technique
- 81.36 Refusion of lumbar and lumbosacral spine, anterior technique
- 81.37 Refusion of lumbar and lumbosacral spine, lateral transverse process technique
- 81.38 Refusion of lumbar and lumbosacral spine, posterior technique
- 81.39 Refusion of spine, not elsewhere classified

81.4 Other repair of joint of lower extremity

- 81.40 Repair of hip, not elsewhere classified
- 81.42 Five-in-one repair of knee
- 81.43 Triad knee repair
- 81.44 Patellar stabilization
- 81.45 Other repair of the cruciate ligaments
- 81.46 Other repair of the collateral ligaments
- 81.47 Other repair of knee
- 81.49 Other repair of ankle

81.5 Joint replacement of lower extremity

- 81.51 Total hip replacement
- 81.52 Partial hip replacement
- 81.53 Revision of hip replacement, not otherwise specified
- 81.54 Total knee replacement
- 81.55 Revision of knee replacement, not otherwise
- 81.56 Total ankle replacement
- 81.57 Replacement of joint of foot and toe
- 81.59 Revision of joint replacement of lower extremity, not elsewhere classified
- 81.66 Percutaneous vertebral augmentation



81.6 Other procedures on spine

81.65 Percutaneous vertebroplasty

81.66 Percutaneous vertebral augmentation

81.7 Arthroplasty and repair of hand, fingers and wrist

81.71 Arthroplasty of metacarpophalangeal and interphalangeal joint with implant

81.72 Arthroplasty of metacarpophalangeal and interphalangeal joint without implant

81.73 Total wrist replacement

81.74 Arthroplasty of carpocarpal or carpometacarpal joint with implant

81.75 Arthroplasty of carpocarpal or carpometacarpal joint without implant

81.79 Other repair of hand, fingers and wrist

81.8 Arthroplasty and repair of shoulder and elbow

81.80 Total shoulder replacement

81.81 Partial shoulder replacement

81.82 Repair of recurrent dislocation of shoulder

81.83 Other repair of shoulder

81.84 Total elbow replacement

81.85 Other repair of elbow

81.9 Other operations on joint structures

81.91 Arthrocentesis

81.93 Suture of capsule or ligament of upper extremity

81.94 Suture of capsule or ligament of ankle and foot

81.95 Suture of capsule or ligament of other lower extremity

81.96 Other repair of joint

81.97 Revision of joint replacement of upper extremity

81.98 Other diagnostic procedures on joint structures

82 Operations on muscle, tendon, and fascia of hand

82.0 Incision of muscle, tendon, fascia, and bursa of hand

82.01 Exploration of tendon sheath of hand

82.02 Myotomy of hand

82.03 Bursotomy of hand

82.09 Other incision of soft tissue of hand

82.1 Division of muscle, tendon, and fascia of hand

82.11 Tenotomy of hand

82.12 Fasciotomy of hand

82.19 Other division of soft tissue of hand



- 82.2 **Excision of lesion of muscle, tendon, and fascia of hand**
 - 82.21 Excision of lesion of tendon sheath of hand
 - 82.22 Excision of lesion of muscle of hand
 - 82.29 Excision of other lesion of soft tissue of hand
- 82.3 **Other excision of soft tissue of hand**
 - 82.31 Bursectomy of hand
 - 82.32 Excision of tendon of hand for graft
 - 82.33 Other tenonectomy of hand
 - 82.34 Excision of muscle or fascia of hand for graft
 - 82.35 Other fasciectomy of hand
 - 82.36 Other myectomy of hand
 - 82.39 Other excision of soft tissue of hand
- 82.4 **Suture of muscle, tendon, and fascia of hand**
 - 82.41 Suture of tendon sheath of hand
 - 82.42 Delayed suture of flexor tendon of hand
 - 82.43 Delayed suture of other tendon of hand
 - 82.44 Other suture of flexor tendon of hand
 - 82.45 Other suture of other tendon of hand
 - 82.46 Suture of muscle or fascia of hand
- 82.5 **Transplantation of muscle and tendon of hand**
 - 82.51 Advancement of tendon of hand
 - 82.52 Recession of tendon of hand
 - 82.53 Reattachment of tendon of hand
 - 82.54 Reattachment of muscle of hand
 - 82.55 Other change in hand muscle or tendon length
 - 82.56 Other hand tendon transfer or transplantation
 - 82.57 Other hand tendon transposition
 - 82.58 Other hand muscle transfer or transplantation
 - 82.59 Other hand muscle transposition
- 82.6 **Reconstruction of thumb**
 - 82.61 Pollicization operation carrying over nerves and blood supply
 - 82.69 Other reconstruction of thumb
- 82.7 **Plastic operation on hand with graft or implant**
 - 82.71 Tendon pulley reconstruction
 - 82.79 Plastic operation on hand with other graft or implant



82.8 Other plastic operations on hand

- 82.81 Transfer of finger, except thumb
- 82.82 Repair of cleft hand
- 82.83 Repair of macrodactyly
- 82.84 Repair of mallet finger
- 82.85 Other tenodesis of hand
- 82.86 Other tenoplasty of hand
- 82.89 Other plastic operations on hand

82.9 Other operations on muscle, tendon, and fascia of hand

- 82.91 Lysis of adhesions of hand
- 82.99 Other operations on muscle, tendon, and fascia of hand

83.0 Incision of muscle, tendon, fascia, and bursa

- 83.01 Exploration of tendon sheath
- 83.02 Myotomy
- 83.03 Bursotomy
- 83.09 Other incision of soft tissue

83.1 Division of muscle, tendon, and fascia

- 83.11 Achillotenotomy
- 83.12 Adductor tenotomy of hip
- 83.13 Other tenotomy
- 83.14 Fasciotomy
- 83.19 Other division of soft tissue

83.2 Diagnostic procedures on muscle, tendon, fascia, and bursa, including that of hand

- 83.21 Biopsy of soft tissue
- 83.29 Other diagnostic procedures on muscle, tendon, fascia, and bursa, including that of hand

83.3 Excision of lesion of muscle, tendon, fascia, and bursa

- 83.31 Excision of lesion of tendon sheath
- 83.32 Excision of lesion of muscle
- 83.39 Excision of lesion of other soft tissue

83.4 Other excision of muscle, tendon, and fascia

- 83.41 Excision of tendon for graft
- 83.42 Other tenectomy
- 83.43 Excision of muscle or fascia for graft
- 83.44 Other fasciectomy
- 83.45 Other myectomy
- 83.49 Other excision of soft tissue

**83.5 Bursectomy****83.6 Suture of muscle, tendon, and fascia**

- 83.61 Suture of tendon sheath
- 83.62 Delayed suture of tendon
- 83.63 Rotator cuff repair
- 83.64 Other suture of tendon
- 83.65 Other suture of muscle or fascia

83.7 Reconstruction of muscle and tendon

- 83.71 Advancement of tendon
- 83.72 Recession of tendon
- 83.73 Reattachment of tendon
- 83.74 Reattachment of muscle
- 83.75 Tendon transfer or transplantation
- 83.76 Other tendon transposition
- 83.77 Muscle transfer or transplantation
- 83.79 Other muscle transposition

83.8 Other plastic operations on muscle, tendon, and fascia

- 83.81 Tendon graft
- 83.82 Graft of muscle or fascia
- 83.83 Tendon pulley reconstruction
- 83.84 Release of clubfoot, not elsewhere classified
- 83.85 Other change in muscle or tendon length
- 83.86 Quadricepsplasty
- 83.87 Other plastic operations on muscle
- 83.88 Other plastic operations on tendon
- 83.89 Other plastic operations on fascia

83.9 Other operations on muscle, tendon, fascia, and bursa

- 83.91 Lysis of adhesions of muscle, tendon, fascia, and bursa
- 83.92 Insertion or replacement of skeletal muscle stimulator
- 83.93 Removal of skeletal muscle stimulator
- 83.99 Other operations on muscle, tendon, fascia, and bursa

84 Other procedures on musculoskeletal system**84.0 Amputation of upper limb**

- 84.00 Upper limb amputation, not otherwise specified
- 84.01 Amputation and disarticulation of finger
- 84.02 Amputation and disarticulation of thumb



- 84.03 Amputation through hand
- 84.04 Disarticulation of wrist
- 84.05 Amputation through forearm
- 84.06 Disarticulation of elbow
- 84.07 Amputation through humerus
- 84.08 Disarticulation of shoulder
- 84.09 Interthoracoscapular amputation

84.1 Amputation of lower limb

- 84.10 Lower limb amputation, not otherwise specified
- 84.11 Amputation of toe
- 84.12 Amputation through foot
- 84.13 Disarticulation of ankle
- 84.14 Amputation of ankle through malleoli of tibia and fibula
- 84.15 Other amputation below knee
- 84.16 Disarticulation of knee
- 84.17 Amputation above knee
- 84.18 Disarticulation of hip
- 84.19 Abdominopelvic amputation

84.2 Reattachment of extremity

- 84.21 Thumb reattachment
- 84.22 Finger reattachment
- 84.23 Forearm, wrist, or hand reattachment
- 84.24 Upper arm reattachment
- 84.25 Toe reattachment
- 84.26 Foot reattachment
- 84.27 Lower leg or ankle reattachment
- 84.28 Thigh reattachment
- 84.29 Other reattachment

84.3 Revision of amputation stump

84.4 Implantation or fitting of prosthetic limb device

- 84.40 Implantation or fitting of prosthetic limb device, not otherwise specified
- 84.44 Implantation of prosthetic device of arm
- 84.48 Implantation of prosthetic device of leg

84.5 Implantation of other musculoskeletal devices and substances

- 84.59 Insertion of other spinal devices



84.6 Replacement of spinal disc

- 84.60 Insertion of spinal disc prosthesis, not otherwise specified
- 84.61 Insertion of partial spinal disc prosthesis, cervical
- 84.62 Insertion of total spinal disc prosthesis, cervical
- 84.63 Insertion of spinal disc prosthesis, thoracic Artificial disc prosthesis
- 84.64 Insertion of partial spinal disc prosthesis, lumbosacral
- 84.65 Insertion of total spinal disc prosthesis, lumbosacral
- 84.66 Revision or replacement of artificial spinal disc prosthesis, cervical
- 84.67 Revision or replacement of artificial spinal disc prosthesis, thoracic
- 84.68 Revision or replacement of artificial spinal disc prosthesis, lumbosacral
- 84.69 Revision or replacement of artificial spinal disc prosthesis, not

84.8 Insertion, replacement and revision of posterior spinal motion preservation device(s)

- 84.80 Insertion or replacement of interspinous process device(s)
- 84.81 Revision of interspinous process device(s)
- 84.82 Insertion or replacement of pedicle-based dynamic stabilization device(s)
- 84.83 Revision of pedicle-based dynamic stabilization device(s)
- 84.84 Insertion or replacement of facet replacement device(s)
- 84.85 Revision of facet replacement device(s)

84.9 Other operations on musculoskeletal system

- 84.91 Amputation, not otherwise specified
- 84.92 Separation of equal conjoined twins
- 84.93 Separation of unequal conjoined twins
- 84.99 Other

85 Operations on the breast

85.1 Diagnostic procedures on breast

- 85.11 Closed [percutaneous] [needle] biopsy of breast
- 85.12 Open biopsy of breast

85.2 Excision or destruction of breast tissue

- 85.20 Excision or destruction of breast tissue, not otherwise specified
- 85.21 Local excision of lesion of breast
- 85.22 Resection of quadrant of breast
- 85.23 Subtotal mastectomy
- 85.24 Excision of ectopic breast tissue
- 85.25 Excision of nipple



85.3 Reduction mammoplasty and subcutaneous mastectomy

- 85.31 Unilateral reduction mammoplasty
- 85.32 Bilateral reduction mammoplasty
- 85.33 Unilateral subcutaneous mastectomy with synchronous implant
- 85.34 Other unilateral subcutaneous mastectomy
- 85.35 Bilateral subcutaneous mastectomy with synchronous implant
- 85.36 Other bilateral subcutaneous mastectomy

85.4 Mastectomy

- 85.41 Unilateral simple mastectomy
- 85.42 Bilateral simple mastectomy
- 85.43 Unilateral extended simple mastectomy
- 85.44 Bilateral extended simple mastectomy
- 85.45 Unilateral radical mastectomy
- 85.46 Bilateral radical mastectomy
- 85.47 Unilateral extended radical mastectomy
- 85.48 Bilateral extended radical mastectomy

85.5 Augmentation mammoplasty

- 85.50 Augmentation mammoplasty, not otherwise specified
- 85.53 Unilateral breast implant
- 85.54 Bilateral breast implant

85.6 Mastopexy

85.7 Total reconstruction of breast

- 85.70 Total reconstruction of breast, not otherwise specified
- 85.71 Latissimus dorsi myocutaneous flap
- 85.72 Transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap, pedicled
- 85.73 Transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap, free
- 85.74 Deep inferior epigastric artery perforator (DIEP) flap, free
- 85.75 Superficial inferior epigastric artery (SIEA) flap, free
- 85.76 Gluteal artery perforator (GAP) flap, free
- 85.79 Other total reconstruction of breast

85.8 Other repair and plastic operations on breast

- 85.82 Split-thickness graft to breast
- 85.83 Full-thickness graft to breast
- 85.84 Pedicle graft to breast
- 85.85 Muscle flap graft to breast
- 85.86 Transposition of nipple
- 85.87 Other repair or reconstruction of nipple
- 85.89 Other mammoplasty



85.9 Other operations on the breast

- 85.91 Aspiration of breast
- 85.93 Revision of implant of breast
- 85.94 Removal of implant of breast
- 85.95 Insertion of breast tissue expander
- 85.96 Removal of breast tissue expander
- 85.99 Other

86 Operations on skin and subcutaneous tissue

86.0 Incision of skin and subcutaneous tissue

- 86.06 Insertion of totally implantable infusion pump
- 86.07 Insertion of totally implantable vascular access device [VAD]
- 86.09 Other incision of skin and subcutaneous tissue

86.1 Diagnostic procedures on skin and subcutaneous tissue

- 86.11 Biopsy of skin and subcutaneous tissue

86.2 Excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue

- 86.21 Excision of pilonidal cyst or sinus
- 86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn
- 86.25 Dermabrasion

86.3 Other local excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue

86.5 Suture or other closure of skin and subcutaneous tissue

- 86.59 Closure of skin and subcutaneous tissue of other sites

86.6 Free skin graft

- 86.60 Free skin graft, not otherwise specified
- 86.61 Full-thickness skin graft to hand
- 86.62 Other skin graft to hand
- 86.63 Full-thickness skin graft to other sites
- 86.65 Heterograft to skin
- 86.66 Homograft to skin
- 86.67 Dermal regenerative graft
- 86.69 Other skin graft to other sites

86.7 Pedicle grafts or flaps

- 86.70 Pedicle or flap graft, not otherwise specified
- 86.71 Cutting and preparation of pedicle grafts or flaps
- 86.72 Advancement of pedicle graft
- 86.73 Attachment of pedicle or flap graft to hand
- 86.74 Attachment of pedicle or flap graft to other sites
- 86.75 Revision of pedicle or flap graft



86.8 Other repair and reconstruction of skin and subcutaneous tissue

- 86.81 Repair for facial weakness
- 86.82 Facial rhytidectomy
- 86.83 Size reduction plastic operation
- 86.84 Relaxation of scar or web contracture of skin
- 86.85 Correction of syndactyly
- 86.86 Onychoplasty
- 86.89 Other repair and reconstruction of skin and subcutaneous tissue

86.9 Other operations on skin and subcutaneous tissue

- 86.91 Excision of skin for graft
- 86.93 Insertion of tissue expander
- 86.94 Insertion or replacement of single array neurostimulator pulse generator, not specified as rechargeable
- 86.95 Insertion or replacement of dual array neurostimulator pulse generator, not specified as rechargeable
- 86.96 Insertion or replacement of other neurostimulator pulse generator
- 86.97 Insertion or replacement of single array rechargeable neurostimulator pulse generator
- 86.98 Insertion or replacement of dual array rechargeable neurostimulator pulse generator

87 Diagnostic Radiology

87.0 Soft tissue x-ray of face, head, and neck

- 87.01 Pneumoencephalogram
- 87.02 Other contrast radiogram of brain and skull
- 87.03 Computerized axial tomography of head
- 87.04 Other tomography of head
- 87.06 Contrast radiogram of nasopharynx

87.1 Other x-ray of face, head, and neck

- 87.14 Contrast radiogram of orbit
- 87.15 Contrast radiogram of sinus

87.2 X-ray of spine

- 87.21 Contrast myelogram

87.3 Soft tissue x-ray of thorax

- 87.35 Contrast radiogram of mammary ducts
- 87.36 Xerography of breast
- 87.37 Other mammography



87.4 Other x-ray of thorax

- 87.41 Computerized axial tomography of thorax
C.A.T. scan of thorax
C.A.T. scan of heart

87.5 Biliary tract x-ray

- 87.51 Percutaneous hepatic cholangiogram
- 87.52 Intravenous cholangiogram
- 87.53 Intraoperative cholangiogram
- 87.54 Other cholangiogram
- 87.59 Other biliary tract x-ray

87.6 Other x-ray of digestive system

- 87.61 Barium swallow
- 87.62 Upper GI series
- 87.63 Small bowel series
- 87.64 Lower GI series
- 87.65 Other x-ray of intestine
- 87.66 Contrast pancreatogram

87.7 X-ray of urinary system

- 87.71 Computerized axial tomography of kidney
- 87.72 Other nephrotomogram
- 87.73 Intravenous pyelogram
- 87.74 Retrograde pyelogram
- 87.75 Percutaneous pyelogram
- 87.76 Retrograde cystourethrogram
- 87.77 Other cystogram

87.9 X-ray of male genital organs

- 87.91 Contrast seminal vesiculogram
- 87.93 Contrast epididymogram

88 Other diagnostic radiology and related techniques

88.0 Soft tissue x-ray of abdomen

- 88.01 Computerized axial tomography of abdomen
- 88.02 Other abdomen tomography
- 88.04 Abdominal lymphangiogram



88.3 Other x-ray

- 88.34 Lymphangiogram of upper limb
- 88.36 Lymphangiogram of lower limb
- 88.38 Other computerized axial tomography

88.4 Arteriography using contrast material

- 88.41 Arteriography of cerebral arteries
- 88.45 Arteriography of renal arteries
- 88.47 Arteriography of other intra-abdominal arteries
- 88.48 Arteriography of femoral and other lower extremity arteries

88.5 Angiocardiography using contrast material

- 88.52 Angiocardiography of right heart structures
- 88.53 Angiocardiography of left heart structures
- 88.54 Combined right and left heart angiocardiography
- 88.55 Coronary arteriography using a single catheter
- 88.56 Coronary arteriography using two catheters
- 88.57 Other and unspecified coronary arteriography
- 88.58 Negative-contrast cardiac roentgenography

88.6 Phlebography

- 88.61 Phlebography of veins of head and neck using contrast material
- 88.64 Phlebography of the portal venous system using contrast material
- 88.65 Phlebography of other intra-abdominal veins using contrast material

88.7 Diagnostic ultrasound

- 88.71 Diagnostic ultrasound of head and neck
- 88.72 Diagnostic ultrasound of heart
- 88.73 Diagnostic ultrasound of other sites of thorax
- 88.74 Diagnostic ultrasound of digestive system
- 88.75 Diagnostic ultrasound of urinary system
- 88.76 Diagnostic ultrasound of abdomen and retroperitoneum
- 88.79 Other diagnostic ultrasound

88.9 Other diagnostic imaging

- 88.91 Magnetic resonance imaging of brain and brain stem
- 88.92 Magnetic resonance imaging of chest and myocardium
- 88.93 Magnetic resonance imaging of spinal canal
- 88.94 Magnetic resonance imaging of musculoskeletal
- 88.95 Magnetic resonance imaging of pelvis, prostate, and bladder



89 Interview, evaluation, consultation, and examination

89.6 Circulatory monitoring

89.64 Pulmonary artery wedge monitoring

92 Nuclear medicine

92.0 Radioisotope scan and function study

92.02 Liver scan and radioisotope function study

92.04 Gastrointestinal scan and radioisotope function study

92.1 Other radioisotope scan

92.11 Cerebral scan

92.12 Scan of other sites of head

92.14 Bone scan

92.16 Scan of lymphatic system

92.18 Total body scan

92.2 Therapeutic radiology and nuclear medicine

92.27 Implantation or insertion of radioactive elements

92.3 Stereotactic radiosurgery

92.30 Stereotactic radiosurgery, not otherwise specified

92.31 Single source photon radiosurgery

92.32 Multi-source photon radiosurgery

92.33 Particulate radiosurgery

92.39 Stereotactic radiosurgery, not elsewhere classified

92.4 Intra-operative radiation procedures

92.41 Intra-operative electron radiation therapy IOERT

93.9 Respiratory therapy

93.91 Intermittent positive pressure breathing [IPPB]

94 Procedures related to the psyche

94.2 Psychiatric somatotherapy

94.27 Other electroshock therapy Electroconvulsive therapy (ECT)

95 Ophthalmologic and otologic diagnosis and treatment

95.0 General and subjective eye examination

95.04 Eye examination under anesthesia

95.2 Objective functional tests of eye

95.23 Visual evoked potential [VEP]

95.25 Electromyogram of eye [EMG]

95.4 Nonoperative procedures related to hearing

95.41 Audiometry



96 Nonoperative intubation and irrigation

96.0 Nonoperative intubation of gastrointestinal and respiratory tracts

96.08 Insertion of (naso-)intestinal tube

96.2 Nonoperative dilation and manipulation

96.23 Dilation of anal sphincter

96.3 Nonoperative alimentary tract irrigation, cleaning, and local instillation

96.35 Gastric gavage

97.6 Nonoperative removal of therapeutic device from urinary system

97.62 Removal of ureterostomy tube and ureteral catheter

98 Nonoperative removal of foreign body or calculus

98.0 Removal of intraluminal foreign body from digestive system without incision

98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision

98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision

98.04 Removal of intraluminal foreign body from large intestine without incision

98.5 Extracorporeal shockwave lithotripsy [ESWL]

98.51 Extracorporeal shockwave lithotripsy [ESWL] of the kidney, ureter and/or bladder

99 Other nonoperative procedures

99.0 Transfusion of blood and blood components

99.01 Exchange transfusion

99.02 Transfusion of previously collected autologous blood

99.03 Other transfusion of whole blood

99.04 Transfusion of packed cells

99.05 Transfusion of platelets

99.06 Transfusion of coagulation factors

99.07 Transfusion of other serum

99.1 Injection or infusion of therapeutic or prophylactic substance

99.10 Injection or infusion of thrombolytic agent

99.14 Injection or infusion of gamma globulin

99.15 Parenteral infusion of concentrated nutritional substances

99.2 Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance

99.20 Injection or infusion of platelet inhibitor

99.6 Conversion of cardiac rhythm

99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified

99.62 Other electric countershock of heart

ภาคผนวก จ.

รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือ

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

(Medical Record Audit Guideline)

2557



รายนามคณะทำงานจัดทำคู่มือ

แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2557

1. รศ.นายแพทย์ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	จังหวัดเชียงใหม่
2. แพทย์หญิงพุดตาน วงศ์ตรีรัตนชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	จังหวัดเชียงใหม่
3. นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูติยานันท์	โรงพยาบาลเชียงคำ	จังหวัดพะเยา
4. นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)	
5. นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	จังหวัดนครสวรรค์
6. นายแพทย์โชคราชนัน ชัยฤกษ์สุขสันต์	โรงพยาบาลหนองฉาง	จังหวัดอุทัยธานี
7. นายแพทย์ธวัชชัย ใจคำวัง	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร	จังหวัดเชียงราย
8. นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี	จังหวัดสระบุรี
9. แพทย์หญิงธีรนาถ คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี	จังหวัดสระบุรี
10. นายแพทย์สมชัย อรุณรุวิวัฒน์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	จังหวัดกาญจนบุรี
11. นายแพทย์สายชล รัชตธรรมากุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	จังหวัดตาก
12. แพทย์หญิงจำเนียร ยืนยง	โรงพยาบาลพนมสารคาม	จังหวัดฉะเชิงเทรา
13. นายแพทย์สันติ สัมฤทธิ์มีโนพร	โรงพยาบาลสนามชัยเขต	จังหวัดฉะเชิงเทรา
14. แพทย์หญิงฤติมน สุกุลคู	โรงพยาบาลหนองคาย	จังหวัดหนองคาย
15. แพทย์หญิงวิภา อุทยานินทร์	โรงพยาบาลห้วยแถลง	จังหวัดนครราชสีมา
16. แพทย์หญิงยุพาพร วิจักขณาลัญญ์	โรงพยาบาลสุรินทร์	จังหวัดสุรินทร์
17. แพทย์หญิงวรมน เจริญศรีพงษ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช	จังหวัดพิษณุโลก
18. แพทย์หญิงสมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลสกลนคร	จังหวัดสกลนคร
19. นายแพทย์ปกาสิต โอวาทกานนท์	โรงพยาบาลทรายมูล	จังหวัดยโสธร
20. แพทย์หญิงสุวิวรรธม นกหนู	โรงพยาบาลหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
21. นายแพทย์ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ	โรงพยาบาลปะเหลียน	จังหวัดตรัง
22. นายแพทย์สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์	โรงพยาบาลวังวิเศษ	จังหวัดตรัง
23. นายแพทย์เฉลียว ผจญภัย	โรงพยาบาลนาบอน	จังหวัดนครศรีธรรมราช
24. นายแพทย์อมร เจษฎาญาณเมธา	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	จังหวัดนนทบุรี
25. แพทย์หญิงปรียานุช อันอดิเรกกุล	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	จังหวัดนนทบุรี
26. นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร	โรงพยาบาลสิงห์บุรี	จังหวัดสิงห์บุรี
27. นายแพทย์สมิทธิ สร้อยยามาศิ	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	จังหวัดภูเก็ต



28. แพทย์หญิงบุษยา สุจิตรานุช	โรงพยาบาลชลบุรี	จังหวัดชลบุรี
29. นายแพทย์สมชาย สัตยฐิติกุล	โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	จังหวัดอ่างทอง
30. แพทย์หญิงนิชาภา สวัสดิ์กานนท์	โรงพยาบาลสงขลา	จังหวัดสงขลา
31. นายแพทย์ธวัชชัย อิมพูล	โรงพยาบาลขอนแก่น	จังหวัดขอนแก่น
32. นายแพทย์สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์	โรงพยาบาลชัยภูมิ	จังหวัดชัยภูมิ
33. นายแพทย์ปัญญา มานูจำ	โรงพยาบาลจอมพระ	จังหวัดสุรินทร์
34. แพทย์หญิงสุพรรณณี อุเทนสุด	โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี	กรุงเทพมหานคร
35. พ.ต.อ.หญิง นาเรศ วงศ์ไพฑูริย์	โรงพยาบาลตำรวจ	กรุงเทพมหานคร
36. นายแพทย์นัฐพล กาฬปักซี่	โรงพยาบาลเพชรเวช	กรุงเทพมหานคร



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการ

ผู้ร่วมพัฒนาคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2557

(บันทึกการพยาบาล)

1. นางลดาวัลย์ รวมเมฆ ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์
สภาการพยาบาล
2. นางสาวเรวดี ศิรินคร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
3. นางชนิดาภา ชินอุดมพงศ์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
4. น.อ.หญิงวิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร
5. นางสุพรรณ ว่องรักษัสัตว์ ผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี
6. นางสาวสุวดี ชูสุวรรณ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตรัง
7. นางสมจิตต์ วิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
8. นางสาวมุสตี คุณาพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี
9. นางชลิดา พันผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี
10. นางสาวศิริวรรณ วิเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
11. นางพอลดา กลิ่นหอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
12. นางอารัญญา งามวิทยาพงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากสิน
13. นางสาวรัชนิบูลย์ เงินวิไลย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14. นางสาวธนพร หันหาบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
15. นางสาวกาญจนา แก้วสุข พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง



ภาคผนวก ข.

กองบรรณาธิการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กองบรรณาธิการ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. แพทย์หญิงกฤติยา ศรีประเสริฐ | ผู้อำนวยการ |
| 2. พันเอกหญิงพนมวัลย์ บุญยमानพ | รองผู้อำนวยการ |
| 3. นางสาวรุ่งจิต ลีลางามวงศา | หัวหน้ากลุ่มงาน |
| 4. นายณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง | หัวหน้ากลุ่มงาน |
| 5. นางภัทรา อเนกวิทยากิจ | หัวหน้ากลุ่มงาน |
| 6. นางประไพ วัฒนไกร | หัวหน้ากลุ่มงาน |
| 7. นายสุเมศร์ อุดมเกียรติกุล | หัวหน้างาน |
| 8. นางภณิดา กลิ่นพิพัฒน์ | หัวหน้างาน |
| 9. นางสุมลรัตน์ ดอกเขียว | หัวหน้างาน |
| 10. นางสาวสิรินาถ ยั่งยืน | หัวหน้างาน |
| 11. นางสาวนา จันทรพิณิจ | เจ้าหน้าที่อาวุโส |
| 12. นางสาวสุมณฑา โสภากพันธ์ | เจ้าหน้าที่อาวุโส |
| 13. นางสาวพัทธรินทร์ กมลฉ่ำ | เจ้าหน้าที่ |
| 14. นางสาวสุกัญญา สุรินทร์ | พนักงานโครงการ |

“ ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ Medical Record Audit ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่า...การทบทวนเวชระเบียนนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน และทบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แก่ไขส่วนขาดต่างๆ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียน จึงต้องทำอย่างดีที่สุดในผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน...”

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี

“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐”

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730

www.nhso.go.th