โรงพยาบาลมหาสารคาม

**วิธีปฏิบัติ**

**Work Instruction**

# **ชื่อเอกสาร : วิธีปฏิบัติเรื่อง** การบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยนอก

**(Document Title)**

**เลขที่เอกสาร : MKH-WI-รหัสหน่วยงาน-เลขที่**

**(Document No.)**

**ฉบับที่ : A**

**(Issue)**

**แก้ไขครั้งที่ : 00**

**(Revision No.)**

**สำเนาฉบับที่ : 00**

**(Copy No.)**

**วันที่บังคับใช้ครั้งแรก : วัน /เดือน/ ปี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ชื่อ-สกุล**  **(Name)** | **ลายมือชื่อ**  **(Signature)** | **วันที่ทบทวน**  **เอกสาร** |
| **ผู้จัดทำ**  **(Prepared By)** | **นางสุรัตน์ ทิพย์วัฒน์** **(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)** |  |  |
| **ผู้ตรวจสอบ**  **(Checked By)** | **นางอุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ**  **(หัวหน้างานการพยาบาลคลินิกเฉพาะทางสาขาอายุรกรรม)** |  |  |
| **ผู้ตรวจสอบ**  **(Checked By)** | **นางนันทญาน์ นฤนาทธนาเสฏฐ์**  **(หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1)** |  |  |
| **ผู้ตรวจสอบ**  **(Checked By)** | **นางจุลินทร ศรีโพนทัน**  **(รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ)** |  |  |
| **ผู้อนุมัติ**  **(Approved By)** | **นางวไลพร ปักเคระกา**  **(หัวหน้าพยาบาล)** |  |  |

**สารบัญ**

**เรื่อง หน้า**

1. วัตถุประสงค์ 1

2. ขอบข่าย 1 3. คำจำกัดความ 1

4. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ 1

5. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน 1

6. ข้อควรระวัง

7. เอกสารอ้างอิง 1

8. เอกสารแนบท้าย 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประวัติการแก้ไขเอกสาร** | | | |
| **ฉบับที่** | **แก้ไขครั้งที่** | **วันที่บังคับใช้** | **รายละเอียดการแก้ไข** |
| A | 00 |  | ประกาศใช้วิธีปฏิบัติ.............. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## **1. วัตถุประสงค์**

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติ

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการสื่อสารการรักษาพยาบาลทั้งในวิชาชีพและสหวิชาชีพ

3. เพื่อใช้เป็นข้อมูล/ข้อเท็จจริงในการดูแลผู้ป่วย

## **2. ขอบเขต**

## พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

## **3. คำจำกัดความ**

## การบันทึกทางการพยาบาล หมายถึง เอกสารหรือแบบบันทึกซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย โดยที่พยาบาลเป็นผู้บันทึกตามกระบวนการพยาบาล ( Nursing Process)

## **4. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้**

4.1 แบบฟอร์มการซักประวัติ

4.2 เครื่องวัดความดันโลหิต

4.3 ปรอทวัดไข้

4.4 เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

4.5 เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว

4.6 เครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง

4.7 เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมทางคลินิก

## 

**5. ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล**

* 1. **บันทึกการประเมินผู้ป่วยแรกรับ( Assessment/triage**)

1. บันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนได้แก่ชื่อ-สกุลอายุ H.N. ห้องตรวจสิทธิการรักษาวันที่เดือนปีและเวลาแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

**เวลาแรกรับ**หมายถึงเวลาที่เจ้าหน้าที่แจกคิวประเมินคัดกรองและให้คำแนะนำขั้นตอนการบริการ

1. บันทึกอาการและปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล**(**Chief complaint**)**

อาการและปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลหมายถึงอาการหลักและ/หรือปัญหาที่สำคัญเพียง 1-2

อย่างที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งนี้ร่วมกับระยะเวลาที่มีอาการดังกล่าวจนถึงเวลาที่ผู้ป่วย

มาตรวจเช่นมีไข้สูงมา 2 วัน, มีไข้สูงและชักก่อนมา 1 ชั่วโมง, หรือปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียนมา 2 วัน

เป็นต้นกรณีผู้ป่วยส่งต่อ (refer case) เช่น refer จากร.พ. เชียงยืน Dx CA lung เพื่อให้เคมีบำบัด, สงต่อจาก

ร.พ. โกสุมพิสัยมีก้อนที่เต้านมเป็นต้นกรณีที่นัดนอนโรงพยาบาลเช่นเป็นก้อนในปอดนัดAdmit เพื่อผ่าตัด

หรือแพทย์นัดมานอนร.พ. เพื่อส่องกล้องเป็นต้นหรือกรณีส่งต่อจากห้องตรวจอื่นเช่นส่งต่อจากห้องตรวจทั่วไปเรื่องตกขาว, consult จาก OPD 1. เรื่องปากแหว่งเพดานโหว่เป็นต้นในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเช่น F.U. Dx. Hypertension ไม่พบอาการผิดปกติ, F.U. Dx. Hyperthyroid เพื่อฟังผล TFT, F.U. Post Op. Hernia เพื่อดูแผลหลังผ่าตัดเป็นต้น

1. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน( Present illness)ในส่วนของอาการแสดง และการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป) หรือในส่วนของประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรเรื้อรัง)กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”
2. บันทึก Underlying diseaseและการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน กรณีที่ไม่มีUnderlying disease หรือไม่มีการรักษาต้องระบุ “ไม่มี......” หรือข้อความอื่นที่แสดงถึงมีการซักประวัติและไม่พบ Underlying disease หรือไม่มีการรักษา
3. บันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ (Past illness) และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย
4. บันทึกประวัติการแพ้ยาและประวัติการแพ้อื่นๆ พร้อมระบุชื่อยาหรือสิ่งที่แพ้

**ไม่มี**หมายถึงไม่เคยมีประวัติหรือไม่ทราบว่ามีการแพ้ยาเกิดขึ้น

**มี**หมายถึงเคยมีประวัติการแพ้ยาหากสามารถระบุชื่อยาที่แพ้ได้ให้ระบุด้วยกรณีจำชื่อยาไม่ได้

ให้สอบถามลักษณะของยาหรือภาวะเจ็บป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็นในขณะนั้นก่อนได้รับยาตัวที่แพ้

1. บันทึกประวัติประจำเดือน (กรณีเป็นผู้หญิงอายุ11–60 ปี) หากไม่มีประจำเดือนให้ระบุสาเหตุอื่นๆได้แก่ หมดประจำเดือน,ฉีด/ฝังยาคุมกำเนิด,หลังคลอดบุตร........วัน/เดือน,ตั้งครรภ์.....สัปดาห์/เดือน หากจำวันที่ไม่ได้ให้ประมาณว่า ต้นเดือน....,กลางเดือน......,ปลายเดือน......,จำไม่ได้เลย
2. บันทึกประวัติVaccinationและ Growth development (กรณีเป็นเด็กอายุ0–14 ปี)
3. บันทึกประวัติการใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่การดื่มสุรา ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ให้บันทึกว่า “ไม่รู้สึกตัวและไม่มีญาติ”

1. บันทึกการประเมินปัญหาด้านอารมณ์สังคมจิตวิญญาณและเศรษฐกิจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้แก่

10.1 ด้านอารมณ์เช่นความวิตกกังวลและกลัวความเศร้าโศกความหมดหวังความเครียดของผู้ป่วยความเครียดของผู้ดูแลความจำบกพร่องภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง/ลดลงกระบวนการคิด เปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียพลังอำนาจเป็นต้น

* 1. ด้านสังคมเช่นปัญหาการสื่อสาร / การติดต่อสื่อสารบกพร่องปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องบทบาทของบิดามารดาเปลี่ยนแปลงกระบวนการครอบครัวเปลี่ยนแปลงการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพปฏิสัมพันธ์ทางเพศบกพร่องเป็นต้น

10.3 ด้านจิตวิญญาณเช่นความเชื่อด้านลบที่มีผลต่อสุขภาพพร่องความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณเป็นต้น

10.4 ด้านเศรษฐกิจเช่นการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเป็นต้น

กรณีประเมินแล้วผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านอารมณ์สังคมจิตวิญญาณและเศรษฐกิจให้บันทึกว่า “ไม่พบปัญหา”

11) บันทึกสัญญาณชีพบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงมีรายละเอียดดังนี้

11.1 บันทึก Pulse rate, Respiration rate และ Temperature ทุกราย

11.2 บันทึก Blood pressure ทุกรายยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปีให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

11.3 บันทึกน้าหนักทุกรายและส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

กรณีเด็กบันทึกส่วนสูงทุกราย

กรณีผู้ใหญ่บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจาเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index)

หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษาเช่นรายที่ต้องให้ยาเคมี-บำบัดผู้ป่วย โรคมะเร็งเป็นต้นกรณีผู้ป่วยรถนั่ง เปลนอนที่ชั่งน้าหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้ต้องระบุว่า ( วัดไม่ได้)

1. บันทึก oxygen saturation ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ
2. บันทึกการประเมินเพิ่มเติมตามบริบทในแบบฟอร์มการประเมินเฉพาะของแต่ละห้องตรวจโรคเฉพาะทางเช่นผู้ป่วยคลินิกโรคหอบหืด คลีนิกวาร์ฟาริน คลีนิกโรคบาหวาน เป็นต้น
3. บันทึกระดับความเจ็บปวด (pain assessment) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับความเจ็บปวด(pain assessment) หมายถึงการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกปวด (pain score) มากหรือน้อยตามคู่มือประเมินและการจัดการความปวด กลุ่มการพยาบาล รหัสเอกสาร MKH-SD-NUR-010
4. บันทึกประเมินและการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามอาการ/ปัญหาที่นำมาโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองและประเมินอาการ/ปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการกรองตามระบบ MOPH triage เป็น 5 ประเภท โดยพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยวิกกฤต ( Resuscitation) สีแดง ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที( Immediate simultaneous response) มิฉะนั้นจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน( Emergency)สีชมพู ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนภายใน 10 นาที เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน ( Urgency) สีเหลือง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วแต่สามารถรอได้ในระยะเวลา 30 นาที

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน( Non urgency ) สีเขียว ผู้ป่วยประสบภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือแต่สามารถรอได้ในระยะเวลา 1 ชม.

ประเภทที่ 5 ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน ( Non urgency )ผู้ป่วยเรื้อรัง สีขาว ผู้ป่วยที่สามารถรอการตรวจรักษาได้นานกว่า 1 ชม. รวมถึงผู้ที่มารับบริการทางการแพทย์อื่นๆ เช่นขอใบรับรองสุขภาพ หรือขอความเห็นเพิ่มเติม

* 1. **บันทึกปัญหาทางการพยาบาล(Nursing Diagnosis)**

1. บันทึกปัญหาทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการและ/หรือปัญหาสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณปัญหาทางการพยาบาลหรือการวินิจฉัยทางการพยาบาลหมายถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วหรือเสี่ยงต่อการเกิดหรือไม่มีปัญหาแต่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพซึ่งสิ่งดังกล่าวพยาบาลมีสิทธิและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทวิชาชีพได้เช่นพร่องในการดูแลด้านสุขภาพ, มีไข้, ปวดแผล, เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก, เสี่ยงต่อการชักมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเครียดเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การสื่อสารบกพร่อง เป็นต้น
2. กรณีอาการทั่วไปปกติ ไม่มีปัญหาด้านร่างการหรือไม่มีปัญหาด้านจิตใจและอื่นๆ ให้บันทึก (ไม่พบปัญหา)
   1. **บันทึกกิจกรรมการพยาบาล(Nursing Intervention)**
3. บันทึกกิจกรรมทางการพยาบาลที่สอดคล้องและครอบคลุมกับอาการ/ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย กิจกรรมทางการพยาบาลหมายถึงกิจกรรมทางการพยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วยเช่น

ผู้ป่วยไข้สูงกิจกรรมทางการพยาบาลได้แก่ประเมินอาการ/อาการแสดง วัด V/S เวลา10.30 น.ให้ยาลดไข้เช็ดตัว และแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆเฝ้าระวังภาวะชักเป็นต้น

* ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกิจกรรมทางการพยาบาลได้แก่ค้นหาสาเหตุประเมินอาการ/อาการแสดงวัด V/S เวลา11.00 น. ส่งเจาะเลือดและแนะนำให้จำกัดกิจกรรมเป็นต้น
* ผู้ป่วยมีเลือดออกจมูกกิจกรรมทางการพยาบาลได้แก่ประเมินอาการ/อาการแสดงวัด V/S เวลา 11.00 น. Nasalpacking จัดท่าให้เหมาะสมและรายงานแพทย์ส่งเจาะเลือดสอนแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติและวิธีในการดูแลตนเองเป็นต้น

1. บันทึกการเฝ้าระวังอาการและ/หรือวัดสัญญาณชีพตามสภาวะของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสัมพันธ์กับอาการ/ ปัญหาที่สำคัญ

การเฝ้าระวังหมายถึงกิจกรรมทางการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการ/การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาพยาบาลขณะรอตรวจเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นโดยมีการดูแลสอบถามและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องเช่นเฝ้าระวังการเกิดภาวะชัก, การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดสารน้ำ, หรือการเฝ้าระวังภาวะ shock เป็นต้น

1. บันทึกอาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติหรือรุนแรงขึ้นหรือข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์ (early detection)
2. บันทึกการรายงานแพทย์ที่เหมาะสมรวดเร็วทันเวลาในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลง
3. บันทึกวัน เดือน ปีพ.ศ.และเวลาชัดเจนในแต่ละเหตุการณ์และสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง
   1. **บันทึกประเมินผลทางการพยาบาล (Nursing Evaluation)**

บันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้านพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาของแพทย์มีการประเมินผลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับกิจกรรมทางการพยาบาลการประเมินผลหมายถึงการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเช่นเวลา ........น. ไข้ลดลง (T =……º C), เวลา ......น.ความดันลดลง (BP =…….. mmHg), เวลา .......น. O2 sat = …... % หรือเวลา .......น. อาการปวดทุเลา (pain score =……….) เป็นต้น

**บันทึกความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่อง**

บันทึกการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีการระบุเรื่องที่สำคัญและจำเป็นในการให้บริการสุขศึกษาหลังจากการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเช่นเรื่องโรคยาสิทธิการรักษาการมาตรวจตามนัดและการออกกำลังกายเป็นต้น

การให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการให้สุขศึกษาตาม D-METHOD model โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้แก่

D = Disease หมายถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและการสังเกตอาการผิดปกติซึ่งจำเป็นต้องกลับมาพบแพทย์

M = Medication หมายถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้านตั้งแต่ชนิดสรรพคุณอาการข้างเคียงขนาดวิธีใช้วิธีเก็บการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และวิธีการแก้ไขเบื้องต้น

E = Economic + Environment หมายถึงการให้คำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้อกับเศรษฐานะเช่นการติดต่อหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจเช่นการประกันสังคมสิทธิการรักษาสวัสดิการต่างๆรวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

T = Treatment หมายถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องทำต่อเนื่องการดูแลและการปฏิบัติตัวพิเศษเฉพาะโรค

H = Health หมายถึงการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปเช่นการขับถ่ายการทำความสะอาดร่างกายการทำกิจกรรมการออกกำลังกายการพักผ่อนนอนหลับรวมถึงการป้องกันโรคการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

O = Out patient หมายถึงการให้คำแนะนำการใช้แหล่งบริการสุขภาพอนามัย ในการบำบัดต่อเนื่องการมาตรวจตามนัดการสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดหรือการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

D = Diet หมายถึงการให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับโรคและสภาวะของความเจ็บป่วย

1. **กรณีเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล**
   1. บันทึกการประเมินอาการ/สภาพผู้ป่วยและการดูแลเบื้องต้นก่อนนำส่ง เช่น อ่อนเพลียพ.สั่งให้ให้ IV Fluid … ปวดมาก พ.สั่งให้ยาแก้ปวด........ตามแผนการรักษา การประสาน ก่อนAdmit อาการปกตินำส่งโดยศูนย์เปล เป็นต้น
   2. บันทึกการให้ยาและสารน้ำในใบบันทึกการให้ยาตามแนวทางการให้ยา
   3. บันทึกการให้ข้อมูลความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลให้ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ
2. **บันทึกแบบแสดงความยินยอมเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล**
   1. บันทึกระบุวัน เดือน ปีพ.ศ.และเวลาที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา
   2. การบันทึกชื่อและนามสกุลผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน
   3. มีลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล (โดยระบุชื่อนามสกุลและตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปีถ้ามาคนเดียวและมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียวซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลังพร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

* 1. มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อและนามสกุลของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการกรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี(ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ให้มีผู้ลงนามยินยอมโดยต้องระบุชื่อนามสกุลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจนยกเว้นกรณีดังนี้

มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและ ใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อนามสกุลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจนกรณีที่มาคนเดียวต้องระบุว่า“มาคนเดียว”มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คนโดยระบุชื่อนามสกุลและตำแหน่งโดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

* 1. บันทึกเลขที่บัตรประจำตัวของผู้แสดงความยินยอมได้แก่ ชนิดบัตร..เลขที่....ออกให้โดย...วันที่ออกบัตร..วันหมดอายุ... อย่างครบถ้วน

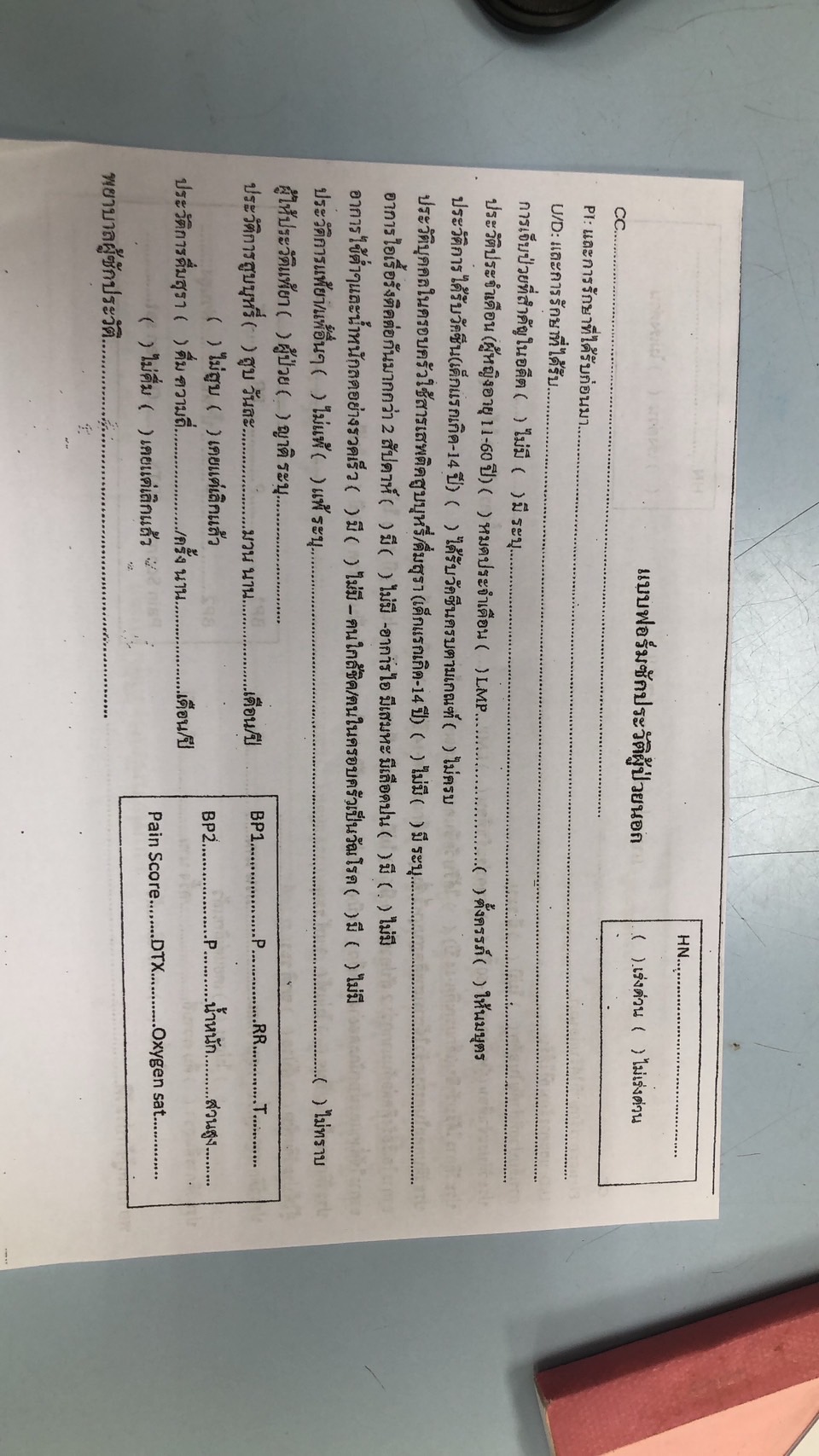
1. **บันทึกแบบแสดงความไม่ยินยอมรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล**
2. บันทึกระบุ วัน เดือน ปีพ.ศ.และเวลาถูกต้องชัดเจน
3. การบันทึกชื่อและนามสกุลผู้ป่วย/ผู้แสดงเจตจำนงถูกต้องชัดเจน
4. บันทึกอันตรายที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยแพทย์
5. มีลายมือชื่อแพทย์ผู้ให้ข้อมูลโดยระบุชื่อนามสกุลและตำแหน่ง
6. มีลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและ ใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อนามสกุลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจนกรณีที่มาคนเดียวต้องระบุว่า “มาคนเดียว”
7. มีลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คนโดยระบุชื่อนามสกุลและตำแหน่ง
8. บันทึกเลขที่บัตรประจำตัวของผู้แสดงเจตจำนง ได้แก่ ชนิดบัตร..เลขที่....ออกให้โดย...วันที่ออกบัตร..วันหมดอายุ... อย่างครบถ้วน

**6. ข้อควรระวัง**

**7. เอกสารอ้างอิง**

**8. เอกสารแนบท้าย**

แบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วย



การบันทึกในโปรแกรมคลินิก

