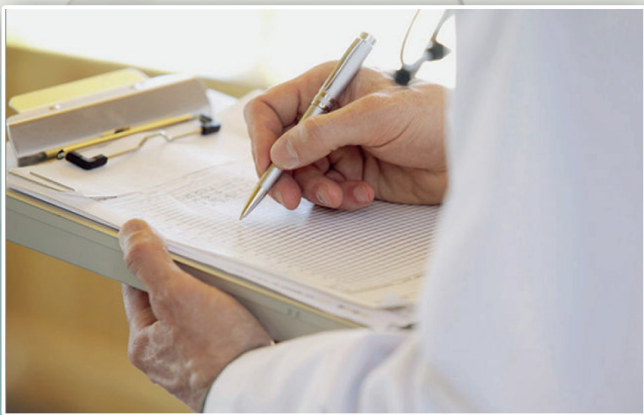




คำนิยามการบันทึก แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ฉบับปี พ.ศ. 2557

DISCHARGE



SUMMARY

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) หรือใบสรุปหน้าป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบของแฟ้มเวชระเบียนใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Admit) ในโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดและหัตถการและข้อมูลสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้โรงพยาบาลใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งได้มีการปรับปรุงครั้งสุดท้าย เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 เป็นระยะเวลา 12 ปี ผ่านมาแล้ว ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ทันสมัย และไม่ได้จัดทำเป็นคำนิยามหรือความหมายในแต่ละช่องของแบบฟอร์ม ทำให้ผู้ใช้ตีความหรือแปลความหมายไม่เหมือนกัน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้พัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) พร้อมจัดทำคำนิยาม เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศต่อไป

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มกราคม 2557

ที่ปรึกษา

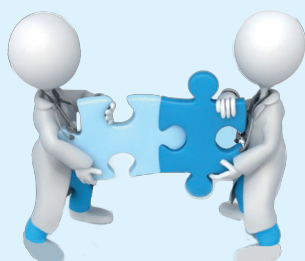
- | | | |
|--------------------|------------|---|
| 1. ดร.นพ.พิทักษ์พล | บุญยมาลิก | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 2. นพ.ไพบูลย์ | เพ็ญสุวรรณ | ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ |

ผู้เชี่ยวชาญและผู้ดำเนินงาน

- | | | |
|-------------------|--------------|--|
| 1. รศ.นพ.วิทยา | ศรีดามา | ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 2. ผศ.ดร.นพ.วรราช | เปาอินทร์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. ดร.มะลิวัลย์ | เย็นยงสุวรรณ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 4. น.ส.จิราภรณ์ | สุ่มตีบ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|------------------|------------------|--|
| 1. พ.อ.นพ.กนธีร์ | สังขวาสี | ผู้แทนราชวิทยาลัย สูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 2. ผศ.นพ.พลวรรณ์ | วิฑูรกลชิต | ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 3. นพ.ฉกาจ | ผ่องอักษร | ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย |
| 4. นพ.ไชยยศ | ประสานวงศ์ | สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ |
| 5. พญ.ขวัญใจ | วงศ์กิตติรักษ์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 6. พญ.กฤติยา | ศรีประเสริฐ | ผอ.สำนักตรวจสอบการชดเชยคุณภาพและบริการ (สปสข.) |
| 7. พญ.พนมวัลย์ | บุญมานพ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. พญ.สาวตรี | เมหาพิกุลไพโรจน์ | สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล |
| 9. น.ส.นิรมัย | ใช้เทียมวงศ์ | สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล |
| 10. นพ.สันติชัย | ฉ่ำจิตรชื่น | โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 11. น.ส.วันดี | วันศรีสุธน | โรงพยาบาลศิริราช |
| 12. นพ.สุเมธี | เชยประเสริฐ | ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) |
| 13. นพ.ประดิษฐ์ | วงศ์คนาร์ตันกุล | ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) |
| 14. พญ.ทัศนีย์ | จันทร์น้อย | ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) |
| 15. น.ส.มัทนา | นาทอนันท์ | ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) |
| 16. นางจุจิตร | นาชีวะ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |



DISCHARGE SUMMARY

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 1.MALE 2.FEMALE		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		
					ADMISSION		____ DAYS		
					DISCHARGE		____ DAYS		
18 DIAGNOSIS	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น					DIAGNOSIS ICD CODING			
	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)					by CODER			
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)					MAIN CONDITION (มีได้รหัสเดียว)			
	(4) OTHER DIAGNOSIS					COMORBIDITY (S)			
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY					COMPLICATION (S)			
						OTHER (S)			
19 OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES					DATE			
						TIME IN			
						TIME OUT			
20	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES					PROCEDURES ICD CODING			
	1.					by CODER			
	2.					MAIN			
21	SPECIAL INVESTIGATIONS					OTHER (S)			
	1.								
	2.								
3.									
22. DISCHARGE STATUS					23. DISCHARGE TYPE				
1. COMPLETE RECOVERED					1. WITH APPROVAL				
2. IMPROVED					2. AGAINST ADVICE				
3. NOT IMPROVED					3. ESCAPE				
4. DELIVERED					4. BY TRANSFER				
5. UNDELIVERED					5. OTHER				
6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER					8. DEAD, AUTOPSY				
7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY					9. DEAD, NO AUTOPSY				
9. DEAD					ข้อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ				

ATTENDING
PHYSICIAN

SIGNATURE

APPROVED
BY

SIGNATURE

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 or, if unknow, age (years)	1st day last menstrual period or, if unknow, estimated duration of pregnancy (completed weeks)	Birthweight.....grams
Number of previous pregnancies: Live birth Stillbirths Abortions	Antenatal care, two or more visits: ☐ Yes ☐ No ☐ Not know	Sex: ☐ Boy ☐ Girl ☐ Indeterminate
Outcome of last previous pregnancy: ☐ Live birth ☐ Stillbirth ☐ Abortion Date	Delivery: ☐ Normal spontaneous vertex Other (specify) _____	☐ Single birth ☐ First twin ☐ Second twin ☐ Other multiple
		Attendant at birth
		☐ Physician ☐ 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

คำนิยาม

แบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน ฉบับปี พ.ศ. 2557

1. หมายเลขการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล [ADMISSION NUMBER - AN]

เป็นหมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นเมื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งนั้นและเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งอื่นๆ หากผู้ป่วยรายใดเคยเข้านอนโรงพยาบาลเดียวกันหลายๆ ครั้ง ก็จะมีหมายเลขการรับเข้าโรงพยาบาลในโรงพยาบาลหลายเลขโดยไม่ซ้ำกัน

รูปแบบตัวอย่าง : AN 56000001 , AN 4321/56

2. เลขประจำตัวประชาชน [ID NO]

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทย

รูปแบบตัวอย่าง : ID NO 1-2345-67890-12-3



3. เลขประจำตัวผู้ป่วย [HOSPITAL NUMBER - HN]

เป็นหมายเลขที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเลขประจำตัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการครั้งแรกที่โรงพยาบาล โดยเป็นเลขเฉพาะสำหรับใช้ระบุตัวผู้ป่วยรายนั้น และเป็นเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขประจำตัวผู้ป่วยรายอื่นๆ

รูปแบบตัวอย่าง : HN 1234567, HN 5600001

4. ชื่อผู้ป่วย [PATIENT NAME]

คำนำหน้า ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

รูปแบบตัวอย่าง : นาย บุคคล ธรรมดา, Ms. Ethel Jones, นาง เจียซุ่น ไต้

5. ที่อยู่ของผู้ป่วย [PATIENT ADDRESS]

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต และจังหวัด ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

รูปแบบตัวอย่าง :

บ้านเลขที่ 17 หมู่ 3 ต.ไผ่ม่วง อ.วิเศษชัยชาญ จ.อ่างทอง, ห้อง 301 คอนโดมิเนียมสุขใจ

เลขที่ 123 ซอย พหลโยธิน 555 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร

6. เพศของผู้ป่วย [SEX]

เพศผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล มีค่าเป็น ชาย (Male) หรือ หญิง (Female)

รูปแบบตัวอย่าง : 1 ชาย (Male), 2 หญิง (Female)

7. สถานภาพสมรสของผู้ป่วย [MARITAL STATUS]

สถานภาพสมรสของผู้ป่วย ที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล มีค่าเป็น โสด หรือ สมรส หรือ หม้าย (คู่สมรสตายจาก) หรือ หย่า (คู่สมรสหย่าร้าง) หรือ แยกกันอยู่ (คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่ยังไม่หย่า) อาจบันทึกเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

* คำจำกัดความ สถานภาพสมรส จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปแบบตัวอย่าง :

โสด (Single), สมรส (Married), หม้าย (Widower), หย่า (Divorce), แยกกันอยู่ (Separate)

8. เชื้อชาติของผู้ป่วย [ETHNIC GROUP]

เชื้อชาติของผู้ป่วย ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

รูปแบบตัวอย่าง : ไทย, จีน, มอญ, อังกฤษ, อินเดีย, ไทย-เยอรมัน

9. อาชีพของผู้ป่วย [OCCUPATION]

อาชีพของผู้ป่วย ที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยเมื่อรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

* ตามมาตรฐานรหัสอาชีพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

รูปแบบตัวอย่าง :

วิศวกรโยธา, แพทย์ทั่วไป, พยาบาล, เกษตรกร, ครูสอนระดับมัธยมศึกษา, นักบัญชี, ไม่ได้ทำงาน

10. วันเกิดของผู้ป่วย [DATE OF BIRTH]

วัน เดือน ปีพุทธศักราช ที่ผู้ป่วยเกิด ที่ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

รูปแบบตัวอย่าง : 29 กุมภาพันธ์ 2555, 13 สิงหาคม 2498

11. อายุเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล [AGE AT ADMISSION]

อายุของผู้ป่วย ในวันที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล มีหน่วยเป็นปีถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปี เป็นต้นไป มีหน่วยเป็นเดือนถ้าผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 364 วัน มีหน่วยเป็นวัน ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 วัน

รูปแบบตัวอย่าง : 5 วัน, 11 เดือน, 40 ปี, 25 ปี



12. น้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วยทารก [BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY)]

น้ำหนักตัวแรกเกิดหน่วยเป็นกรัม ใช้กับผู้ป่วยทารกที่อายุไม่เกิน 1 ปี เท่านั้น

รูปแบบตัวอย่าง : 2,850 กรัม, 3,500 กรัม

13. หอผู้ป่วย [WARD]

ชื่อหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา

รูปแบบตัวอย่าง : ศช. สามัญ , ดุลย์ 3 พิเศษ

14. แผนกที่รับไว้ [DEPARTMENT]

แผนกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา

รูปแบบตัวอย่าง : ศัลยกรรม, สูติกรรม, อายุรกรรม



15. วันเวลาที่รับไว้และจำหน่าย [DATE AND TIME OF ADMISSION, DISCHARGE]

วันเวลา (ใช้ปีพุทธศักราช) ที่รับไว้ในโรงพยาบาล คือ วันเวลาที่ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

วันเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ วันเวลาที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หรือ วันเวลาที่เสียชีวิต

รูปแบบตัวอย่าง : รับไว้ วันที่ 1 มกราคม 2556 เวลา 10:00 น. จำหน่าย วันที่ 5 มกราคม 2556 เวลา 17:15 น.

16. จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล [LENGTH OF STAY (DAYS)]

จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ไม่นับวันจำหน่ายยกเว้นรับไว้ และจำหน่ายในวันเดียวกัน
ให้นับเป็น 1 วัน

รูปแบบตัวอย่าง : 3 วัน, 15 วัน, 47 วัน

17. จำนวนวันที่ลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล [TOTAL LEAVE DAYS]

จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยขอลากลับบ้านระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ถ้าน้อยกว่า 1 วัน ให้รายงานเป็น 1 วัน

รูปแบบตัวอย่าง : 3 วัน, 15 วัน, 47 วัน

18. (1) การวินิจฉัยหลัก [PRINCIPAL DIAGNOSIS]

บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น โดยให้แพทย์พิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในคราวนี้ แต่หากมีโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญพอกัน มากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาเลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด และถ้าเป็นกรณีที่วินิจฉัยโรคไม่ได้ชัดเจนอาจบันทึกอาการและอาการแสดงเป็นภาวะหลัก (ไม่บันทึกอาการหากทราบว่าการนั้นมาจากเป็นโรคใด)

รูปแบบตัวอย่าง : Necrotizing Fasciitis Left Leg

18. (2) การวินิจฉัยร่วมที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

[PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)]

บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคหลัก เกิดขึ้นก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

รูปแบบตัวอย่าง : *Diabetes Mellitus type 2, Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

18. (3) โรคแทรกที่เกิดขึ้นหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

[POST ADMISSION COMPLICATION (S)]

บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคหลักแต่แรก แต่มาเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมักพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้นหรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

รูปแบบตัวอย่าง : *Acute Renal Failure, Post Operative Abdominal Wound Infection*

18. (4) โรคอื่นๆ [OTHER DIAGNOSIS]

บันทึกได้หลายโรค เป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยอาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคหลัก หรือ พบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

รูปแบบตัวอย่าง : *Alopecia Areata, Nevus at Left Forearm*

18. (5) สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ [EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY]

บันทึกได้หลายสาเหตุ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับพิษ หรือ เกิดผลแทรกซ้อนจากการรักษา มักเป็นเนื้อหาที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย อาจบันทึกเป็นภาษาไทยถ้าแพทย์คิดว่าการบันทึกภาษาไทยจะทำให้บรรยายรายละเอียดเหตุการณ์ได้ดีกว่า

รูปแบบตัวอย่าง : *ชนมอเตอร์ไซด์ชนกับรถสามล้อเครื่อง , กินยาฆ่าตัวตาย, โดนสุนัขกัดและวิ่งหนีถูกมอไซด์ชน, เกิดอุบัติเหตุระหว่างผ่าตัด*



19. การผ่าตัดและวันเวลาที่ผ่าตัด

[OPERATIVE ROOM PROCEDURES, DATE, TIME IN, TIME OUT]

บันทึกได้หลายรายการ เรียงตามวันเวลาที่ผ่าตัด ระยะเวลาเริ่มการผ่าตัด ให้เริ่มนับตั้งแต่เวลาที่แพทย์เริ่มทำการผ่าตัด และระยะเวลาสิ้นสุดการผ่าตัด คือเวลาที่แพทย์เสร็จสิ้นการผ่าตัด รายการที่ทำผ่าตัด ไม่ต้องระบุวิธีเริ่มผ่า (Approach) เช่น Explore Laparotomy, Craniotomy ฯลฯ และไม่ต้องระบุวิธีเย็บปิด (Closure) เช่น Suture Abdominal Wall ฯลฯ ยกเว้น กรณีที่ผ่าเปิดแล้วปิดโดยไม่กระทำการใดๆ ให้แพทย์บันทึกวิธีเริ่มผ่าเพียงรายการเดียว

รูปแบบตัวอย่าง :

Total Abdominal Hysterectomy, 12 มกราคม พ.ศ. 2556, 13:00 น. , 15:00 น.

Open Reduction and External Fixation Both Bones Left Leg with Plate and Screw

15 มกราคม พ.ศ. 2556, 9:00 น. 10:45 น.

20. หัตถการสำคัญที่กานนอกห้องผ่าตัด

[IMPORTANT NON-OPERATIVE ROOM PROCEDURES]

บันทึกได้หลายรายการ เป็นหัตถการที่สำคัญ มักทำโดยแพทย์และต้องใช้ทักษะพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนมา

รูปแบบตัวอย่าง : *Intercostal Drainage Left Chest, Cardiopulmonary Resuscitation*

21. การตรวจพิเศษ [SPECIAL INVESTIGATIONS]

การตรวจที่ใช้เครื่องมือขั้นสูงหรือเครื่องตรวจภาพทางรังสีราคาแพง มีราคาค่าตรวจสูง

รูปแบบตัวอย่าง : *Computerized Tomography of Head, Magnetic Resonance Imaging of Spine*

22. สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล [DISCHARGE STATUS]

สถานะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสถานะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 COMPLETE RECOVERY | หายขาดจากโรค (ไม่ใช้กับการคลอด) |
| 2 IMPROVED | อาการดีขึ้น แต่ไม่หายขาด (ไม่ใช้กับการคลอด) |
| 3 NOT IMPROVED | อาการไม่ดีขึ้น (ไม่ใช้กับการคลอด) |
| 4 DELIVERED | ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนจำหน่ายเท่านั้น |
| 5 UNDELIVERED | ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้เพื่อคลอด แต่ไม่คลอดเมื่อจำหน่ายเท่านั้น |
| 6 NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER | ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายพร้อมมารดาเท่านั้น |
| 7 NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY | ใช้กับทารกแรกเกิดที่จำหน่ายแยกจากมารดาเท่านั้น |
| 9 DEAD | เสียชีวิต |

23. ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล [DISCHARGE TYPE]

ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีสถานะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- | | |
|--------------------|---|
| 1 WITH APPROVAL | จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต |
| 2 AGAINST ADVICE | ผู้ป่วยขอออกไป ทั้งๆที่แพทย์แนะนำว่าควรรักษาต่อในโรงพยาบาล / ไม่สมัครใจอยู่ |
| 3 ESCAPE | หนีออกจากโรงพยาบาล |
| 4 BY TRANSFER | ส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลแห่งอื่นโดยทันทีหลังจากออกจากโรงพยาบาล |
| 5 OTHER | การจำหน่ายรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ ประเภทที่ 1, 2, 3, 4 |
| 8 DEAD, AUTOPSY | เสียชีวิต, มีการตรวจศพ |
| 9 DEAD, NO AUTOPSY | เสียชีวิต, ไม่ได้ตรวจศพ |

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย [ATTENDING PHYSICIAN]

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย / แพทย์ผู้สรุปแบบฟอร์ม

แพทย์ผู้ตรวจสอบ [APPROVING PHYSICIAN]

แพทย์ผู้ตรวจสอบการสรุป (อาจเป็นคนเดียวกับผู้สรุป)

รหัสกลุ่มโรค [ICD CODES]

รหัสกลุ่มโรค ที่ให้รหัสตามแนวทางมาตรฐานการให้รหัส (Standard Coding Guidelines ICD-10-TM Volume 5) โดยตำแหน่งรหัสและจำนวนรหัสอาจไม่ตรงกับชื่อโรคและจำนวนโรคที่แพทย์สรุปไว้

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH

เป็นหนังสือรับรองสาเหตุการตายสำหรับทารกเสียชีวิตใน 1 สัปดาห์เท่านั้น





สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กระทรวงสาธารณสุข



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 1.MALE 2.FEMALE		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		DATE	MONTH	YEAR	TIME	16.LENGTH OF STAY ____DAYS					
		01 MEDICINE		04 GYN	07 EYE	10 RADIOLOGY		ADMISSION				17. TOTAL LEAVE DAYS ____DAYS					
		02 SURGERY		05 PED	08 ORTHOPEDICS	11 DENTAL		DISCHARGE									
03 OBS.		06 ENT	09 PSYCHIATRY	12 OTHER													
18 DIAGNOSIS	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น										DIAGNOSIS ICD CODING by CODER						
	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)										MAIN CONDITION (มีได้รหัสเดียว)						
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)										COMORBIDITY (S)						
	(4) OTHER DIAGNOSIS										COMPLICATION (S)						
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY										OTHER (S)						
											EXTERNAL CAUSE (S)						
19 OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES										DATE	TIME IN	TIME OUT				
	1. ....										.....	.....	.....				
	2. ....										.....	.....	.....				
	3. ....										.....	.....	.....				
	4. ....										.....	.....	.....				
20	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES										PROCEDURES ICD CODING by CODER						
	1.										MAIN (มีได้รหัสเดียว)						
	2.										OTHER (S)						
21	SPECIAL INVESTIGATIONS																
	1.																
	2.																
	3.																
22. DISCHARGE STATUS					23. DISCHARGE TYPE												
1. COMPLETE RECOVERED					6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER					1. WITH APPROVAL				5. OTHER			
2. IMPROVED					7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY					2. AGAINST ADVICE				8. DEAD, AUTOPSY			
3. NOT IMPROVED					9. DEAD					3. ESCAPE				9. DEAD, NO AUTOPSY			
4. DELIVERED										4. BY TRANSFER							
5. UNDELIVERED																	
													ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ				

ATTENDING

PHYSICIAN

SIGNATURE

APPROVED

BY

SIGNATURE

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

Date of birth
or, if unknow, age (years)

Number of previous
pregnancies:

Live birth

Stillbirths

Abortions

Outcome of last previous
pregnancy:

☐ Live birth

☐ Stillbirth

☐ Abortion

Date

1st day last
menstrual period
or, if unknow, estimated duration
of pregnancy
(completed weeks)

Antenatal care, two or more visits:

☐ Yes

☐ No

☐ Not know

Delivery:

☐ Normal spontaneous vertex

Other (specify)

.....

Child

Birthweight.....grams

Sex:

☐ Boy ☐ Girl ☐ Indeterminate

☐ Single birth ☐ First twin

☐ Second twin ☐ Other multiple

Attendant at birth

☐ Physician ☐ 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

ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๓.๓/ว. ๑๐๕



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 เล่ม

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มสรุปเวชระเบียน (Discharge summary) หรือใบสรุปหน้าป่วย ซึ่งเป็นส่วนประกอบของแฟ้มเวชระเบียนใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Admit) ในโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดและหัตถการ และข้อมูลสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น สำหรับให้โรงพยาบาลใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และได้จัดทำคำนิยามหรือความหมายในแต่ละช่องของแบบฟอร์ม เพื่อให้ผู้ใช้ตีความหรือแปลความหมายได้เหมือนกัน ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงและจัดพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว นั้น

ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงใคร่ขอส่งแบบฟอร์มสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) และคำนิยามการบันทึก เพื่อใช้เป็นคู่มือประกอบการปฏิบัติงานดังกล่าวให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ หากโรงพยาบาลใดต้องการเอกสารเพิ่มเติม หรือต้องการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ www.thcc.or.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข