

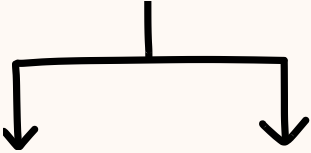
ผลการดำเนินงาน

1. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการ เพิ่มขึ้น 100 %
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มโรคและ หัตถการสำคัญถูกครบถ้วน 88%

สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

1. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการ เพิ่มขึ้น
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มโรคและ หัตถการสำคัญถูกครบถ้วน

AFTER ACTION REVIEW (AAR)



พัฒนาหน่วยงาน

มีการสร้างความเข้าใจให้บุคลากรได้ตระหนักถึงความสำคัญในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ คุณภาพเพื่อนำมาใช้สื่อสารในการทำงานได้

พัฒนางองค์กร

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพโดยอาศัยหลัก 2 P safety คือมีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ประมวลภาพ



KNOWLEDGE MANAGEMENT

“ การเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการ “



OPD ORTHOPEDICS
OPD SURGERY
OPD PEDIATRIC
PATIENT SCREENING DEPARTMENT

หลักการ และเหตุผล

การเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการ เนื่องจากการบันทึกการพยาบาลมีความสำคัญกับ ทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้สื่อสารเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการระหว่างทีมสุขภาพ

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนเป็นเอกสารทางกฎหมาย บันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพ ต้องมีความถูกต้องตรงตามความจริงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการสอดคล้องกับอาการแสดงตามสภาวะของโรคและสภาวะที่เป็นจริงของผู้รับบริการ การบันทึกต้องมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและต่อเนื่อง มีความชัดเจน และได้ใจความ ตรงประเด็น

ทางแผนกผู้ป่วยนอกได้พัฒนาให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้นโดยการนำรูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มาเป็นแนวทางในการบันทึก และเห็นความสำคัญของการบันทึกข้อมูลให้มีความจำเพาะกับกลุ่มโรคและตัวบุคคล บันทึกทางการพยาบาลที่สมบูรณ์ จะสะท้อนให้เห็นถึงพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการ
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มโรคและหัตถการสำคัญถูกต้องครบถ้วน

เป้าหมาย/
ตัวชี้วัด

เพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในผู้ป่วย Semi urgent และ case หัตถการเป็น 80%
2.การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มโรคและหัตถการสำคัญถูกต้องครบถ้วน100 %



เทคนิควิธีการ



1. ชักประวัติและประเมินอาการอย่างรวดเร็ว
2. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน
3. ตัดใบประเมินซ้ำในใบนำทาง กรณีต้องประเมินซ้ำ
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นประจำ
5. คัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง
6. ตัดป้ายประเมินเพื่อป่งชี้และเป็นการสื่อสารต่อแผนก
7. ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย
8. ประเมินปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและ ลงบันทึกการพยาบาล Focus charting ให้สมบูรณ์ทุกเคส ในผู้ป่วย urgent .semi-urgent
9. ใช้ icon เป็นรูปคนสีเหลืองในระบบ EMR เพื่อแจ้งเตือน
10. ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล, HN วันเดือนปีเกิด เป็นการ Identify ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
11. เช็คประวัติการรักษาที่เคยได้รับที่อาจมีผลต่ออาการผู้ป่วยในครั้งนี้

