

11-1-2004

The right answer to the wrong question

N. Tansrisaward

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Tansrisaward, N. (2004) "The right answer to the wrong question," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 48: Iss. 11, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol48/iss11/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

เวชระเบียน

ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์*

เวชระเบียน (Medical Record) เป็นบันทึกของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความสำคัญในการเป็นเอกสารบันทึกความเจ็บป่วยในอดีตเพื่อใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นเอกสารที่บันทึกข้อมูลที่สำคัญและสิ่งที่ได้ปฏิบัติงานไป เป็นข้อมูลเพื่อนำมาคิดค่าสถิติต่าง ๆ เป็นเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางหน่วยงานรัฐหรือบริษัทประกันชีวิต และเป็นพยานเอกสารในทางกฎหมาย

แพทย์สภาได้เห็นความสำคัญของเวชระเบียน และได้ออกแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และเป็นการประกันคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ที่แพทย์สภาได้มีมติให้เผยแพร่แล้ว แม้เป็นเพียงแนวทาง (guideline) แต่เป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะบันทึกเวชระเบียนก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยกับงานสาธารณสุขในระดับดูแลผู้ป่วยจนถึงระดับการบริหารนโยบาย และเป็นหลักฐานเอกสารสำหรับผู้ป่วย คู่กรณี รวมทั้งตัวแพทย์เมื่อมีปัญหาขึ้นในการฟ้องร้องตามกระบวนการยุติธรรม

แพทย์สภาได้กำหนดแนวทางในการบันทึกเวชระเบียนออกเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน เวชระเบียนเมื่อมีการทำหัตถการ อย่างไรก็ตามหลักการร่วมกันของการบันทึกเวชระเบียนนั้นสามารถสรุปได้ดังนี้

หลักสำคัญในการบันทึกเวชระเบียน

1. การบันทึกข้อมูลทางคลินิกเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย
2. การบันทึกข้อมูลทำด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้ผู้อื่นบันทึกให้ถูกต้อง
3. บันทึกประวัติ อาการสำคัญ
4. ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
5. สัญญาณชีพ (vital signs)
6. ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
7. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
8. การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวนยา
9. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมีบันทึกเหตุผลความจำเป็นของการทำหัตถการ ใบบินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทนภายหลังที่ได้รับทราบเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
10. คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย
11. การบันทึกด้วยลายมือควรมีลักษณะที่ชัดเจนพอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้ หรือใช้การพิมพ์ และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง
12. การสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์จะทำได้เฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วย ทุกครั้งที่สั่งการรักษาด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับ

* ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมงภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

13. บันทึกระยะเวลายื่นควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วันหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาล

14. เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนไว้อย่างน้อยที่สุด 5 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาครั้งสุดท้าย

15. และก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนควรได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนสามารถคัดค้านการทำลาย หรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตนเพื่อประโยชน์ต่อไป

จากการปฏิบัติงานเป็นแพทย์นิติเวชซึ่งรับปรึกษาผู้ป่วยคดีจากแพทย์แผนกอื่น และจากการสอบถามอาจารย์แพทย์ และแพทย์ซึ่งรับผิดชอบในการตรวจเวชระเบียนพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีข้อบกพร่องในการบันทึกเวชระเบียนโดยเฉพาะแพทย์ที่จบการศึกษามานานแล้ว

แพทย์ทุกท่านนั้นน่าจะรับทราบ และตระหนักถึงความสำคัญของบันทึกเวชระเบียนมาตั้งแต่สมัยเป็นนิสิต นักศึกษาแพทย์แล้ว เพียงแต่เมื่อจบการศึกษาและปฏิบัติงานจริงแล้วได้ละเลยในการบันทึกเวชระเบียนซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากมีภาระในการตรวจรักษาผู้ป่วยซึ่งมี

จำนวนมากจนละเลยบันทึกเวชระเบียน อย่างไรก็ตามในการบันทึกเวชระเบียนนั้นแพทย์สามารถฝึกพยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งอยู่ช่วยในห้องตรวจรักษาพยาบาลเป็นผู้ช่วยบันทึกแทนได้โดยแพทย์เป็นผู้กำกับความถูกต้องและลงนามกำกับในบันทึกนั้น

เพื่อให้แพทย์ทุกท่านตระหนักถึงความสำคัญของเวชระเบียน และมีการบันทึกเวชระเบียนได้ถูกต้องครบถ้วน จึงควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับเวชระเบียน สอนหลักการและความสำคัญของเวชระเบียนให้แก่นิสิตแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม มีการบันทึกเวชระเบียนโดยอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์รุ่นพี่ เพื่อให้เป็นตัวอย่างแก่นิสิตแพทย์ รวมถึงต้องมีการตรวจการบันทึกเวชระเบียนของนิสิตแพทย์โดยสม่ำเสมอเพื่อให้ครบกระบวนการเรียนรู้ซึ่งคาดหวังว่าจะพัฒนาองค์ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติรวมถึงเจตคติที่ดีแก่นิสิตแพทย์ เพื่อให้จบเป็นแพทย์รุ่นใหม่ที่เห็นความสำคัญของเวชระเบียน และมีการบันทึกเวชระเบียนได้ครบถ้วนถูกต้อง

อ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์. ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทยสภา. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์. กรกฎาคม 2544.