



แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลอุดรธานี

หน้า 2/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 พ.ค. 2566

1. นโยบาย

ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลอุดรธานี

2. วัตถุประสงค์ :

- 2.1 เพื่อให้เกิดระบบจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันในการอนุมัติและประกาศใช้
- 2.2 เพื่อให้เอกสารคุณภาพทุกฉบับมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สามารถใช้ในสถานการณ์จริง
- 2.3 เพื่อให้ผู้รับผิดชอบทราบถึงขั้นตอนในการควบคุมและจัดเก็บเอกสารต่างๆ ที่ได้มีการจัดทำขึ้นในระบบคุณภาพของโรงพยาบาลและควบคุมการเปลี่ยนแปลงเอกสารได้

3. ขอบเขต :

ครอบคลุมทุกกลุ่มงานภายในโรงพยาบาลอุดรธานี และดำเนินการตามระบบควบคุมเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาล คือ นโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล แนวทางปฏิบัติ วิธีปฏิบัติงาน แบบฟอร์มต่างๆ โดยเริ่มตั้งแต่การขออนุมัติ การลงทะเบียยน การทำสำเนา การแจกจ่าย การแก้ไข การเก็บรักษา การยกเลิกทำลาย และการเข้าถึงเอกสาร

4. กลุ่มเป้าหมาย :

กลุ่มงานทุกกลุ่มงานภายในโรงพยาบาลอุดรธานี

5. นิยามศัพท์ :

5.1 เอกสารคุณภาพ หมายถึง หลักฐานซึ่งทำให้ปรากฏความหมายด้วยตัวอักษร ตัวเลข ผังแบบแผน โดยวิธีพิมพ์ ถ่ายภาพ หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อใช้เป็นสื่อถึงแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะงานที่ปฏิบัติจริงตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน หรือคร่อมสายงาน ระหว่างหน่วยงาน โดยทั่วไปควรเป็นข้อความสั้นๆ อ่านง่าย ทำความเข้าใจง่าย เมื่อเอกสารคุณภาพได้รับการอนุมัติและถูกนำมาขึ้นทะเบียนแล้ว บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางนั้น

5.2 ชื่อหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเอกสารซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก/ย่อย หรือ คณะกรรมการ/อนุกรรมการ ชุดนั้นๆ

5.3 ผู้ตรวจสอบเอกสาร หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในรายละเอียดของเอกสารคุณภาพในเรื่องนั้นๆ หรือทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในกระบวนการนั้นทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบเอกสาร

5.4 ผู้เห็นชอบเอกสาร หมายถึง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ตามกลุ่มภารกิจในเรื่องนั้นๆ

5.5 ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและรับรองว่าเอกสารคุณภาพฉบับนั้นๆ สามารถนำไปเผยแพร่หรือปฏิบัติในองค์กรหรือหน่วยงานได้ เป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติใช้เอกสารแต่ละระดับ เพื่อให้เอกสารในระดับนั้นๆ สามารถนำไปเผยแพร่และบังคับใช้ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ รองผู้อำนวยการ ตามที่ได้รับมอบหมาย

5.6 ระดับเอกสารคุณภาพ ในระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 นโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Quality Manual : QM) เป็นเอกสารที่ระบุแนวทางอย่างกว้างๆ สำหรับให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือ เพื่อปฏิบัติ และสะท้อนให้เห็นจุดยืน และค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ



แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลลูกเสือ

หน้า 3/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 พ.ค. 2566

ระดับที่ 2 แนวทางปฏิบัติ (Procedure & Guideline : PG) เป็นเอกสารที่ระบุขั้นตอนของการทำงานที่ต่อเนื่องกันระหว่างหน่วยงานหรือบุคคล เพื่อให้เห็นแนวทางในการประสานงานที่ครอบคลุมระบบใดระบบหนึ่ง

ระดับที่ 3 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) เป็นเอกสารที่ระบุวิธีการปฏิบัติของงานที่ทำโดยบุคคลเดียวหรือหน่วยงานเดียว หรือรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อช่วยให้การทำงานถูกวิธี

ระดับที่ 4 เอกสารสนับสนุน (Supportive Document : SD) เอกสารอ้างอิงที่ใช้แสดง เพื่ออ้างอิงถึงข้อบังคับ/หลักวิชาการในการปฏิบัติงาน อาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง หรือรับมาจากภายนอก

ระดับที่ 5 แบบฟอร์ม (Form : FM) เป็นแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้อ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติงานอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง หรือเอกสารที่รับมาจากภายนอก

6. หน้าที่ความรับผิดชอบ :

6.1 ผู้อำนวยการ หรือ รองผู้อำนวยการตามที่ได้รับมอบหมาย ให้มีหน้าที่ในการพิจารณาเพื่ออนุมัติเอกสารคุณภาพ ที่หน่วยงานจัดทำขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานตามสายงานที่รับผิดชอบ

6.2 รองผู้อำนวยการตามกลุ่มภารกิจ เป็นผู้ตรวจสอบเอกสาร

6.3 หัวหน้างานกลุ่มงาน, หัวหน้าหอผู้ป่วย, หัวหน้าสาขาวิชา ฯลฯ ให้มีหน้าที่ในการอนุมัติการจัดทำและการแก้ไขเอกสาร โดยให้ทบทวนและพิจารณาเพื่ออนุมัติเอกสารคุณภาพที่หน่วยงานจัดทำขึ้น

6.4 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน รับผิดชอบในส่วนของ Document Control โดยมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1) เป็นนายทะเบียนในการให้รหัสและหมายเลขเอกสารฉบับที่ของโรงพยาบาลและจัดเก็บเอกสารต้นฉบับ

2) ตรวจสอบเอกสารที่สอดคล้องในระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าเอกสารทุกฉบับที่จัดทำขึ้นไม่มีความซ้ำซ้อน

3) เสนอเอกสารที่หน่วยงานจัดทำเพื่อให้ผู้มีอำนาจลงนามพิจารณาในการอนุมัติ

4) แจกจ่ายเอกสารคุณภาพให้กับหน่วยงานเจ้าของเรื่อง

5) การเรียกคืน หรือทำลายเอกสาร ที่ผู้จัดทำขอแก้ไข หรือยกเลิกใช้งานแล้ว

6.5 ผู้ถือครองเอกสาร มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1) ให้มีผู้รับผิดชอบในส่วนของ Document Control ในหน่วยงาน เป็นผู้จัดเก็บเอกสารตามระดับของเอกสาร และจัดวางไว้ในที่เหมาะสม ณ จุดปฏิบัติงาน

2) ดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่ระบุในเอกสาร หากมีปัญหาในทางปฏิบัติให้แจ้งผู้จัดทำซึ่งระบุไว้ที่หน้าแรกของเอกสาร โดยผ่านแบบรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์ หรือจัดทำบันทึกข้อความตามที่ผู้ถือครองเอกสารเห็นสมควร



แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลอุตรธานี

หน้า 4/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 มี.ค. 2566

7. รูปแบบระบบเอกสาร :

รูปแบบระบบรหัสเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาลอุตรธานี ใช้เกณฑ์ ดังนี้

7.1 นโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QM) ให้ใช้สูตร ดังนี้

QM - AAA - XXX - YY

QM : Quality Manual

AAA : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงาน

XXX : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร

7.2 แนวทางปฏิบัติ (PG) ให้ใช้สูตร ดังนี้

PG - AAA - (BBB) - XXX - YY

PG : Procedure & Guideline

AAA : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงาน

BBB : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงานย่อย (ถ้ามี)

XXX : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร

7.3 วิธีปฏิบัติ (WI) ให้ใช้สูตร ดังนี้

WI - AAA - (BBB) - XXX - YY

WI : Work Instruction

AAA : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงาน

BBB : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงานย่อย (ถ้ามี)

XXX : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร

7.4 เอกสารสนับสนุน (SD) ให้ใช้สูตร ดังนี้

SD - AAA - XXX - YY

SD : Supporting Document

AAA : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงาน

XXX : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร

7.5 แบบฟอร์ม (FM) ให้ใช้สูตร ดังนี้

FM - AAA - XXX - YY

FM : Form

AAA : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง หน่วยงาน

XXX : อักษร 2 - 3 ตัว แสดง ลำดับที่ของเอกสาร

YY : ตัวเลข 2 ตัว แสดง ครั้งที่ของการแก้ไขเอกสาร



โรงพยาบาลอุตรธานี
Uthairat Hospital

แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลอุตรธานี

หน้า 5/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 มี.ค. 2566

ตารางแสดงอักษรย่อของหน่วยงาน/หน่วยงานย่อย

รหัสหน่วยงาน	รหัสหน่วยงานย่อย	ชื่อหน่วยงาน
HOS		โรงพยาบาลอุตรธานี
PCT	MED	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม
PCT	SUR	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม
PCT	PED	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
PCT	OBS	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
PCT	PSY	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
PCT	EYE	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยจักษุวิทยา
PCT	ORT	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
PCT	ENT	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโสต คอ นสิก
ERM		คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลอุตรธานี
ICC		คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
EMD		กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
MED		กลุ่มงานอายุรกรรม
SUR		กลุ่มงานศัลยกรรม
ORT		กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
PED		กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
OBS		กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
ANE		กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
REH		กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
PSY		กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
EYE		กลุ่มงานจักษุวิทยา
ENT		กลุ่มงานโสต คอ นสิก
FOR		กลุ่มงานนิติเวช
RA		กลุ่มงานรังสีวิทยา
PAT		กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
LAB		กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
DEN		กลุ่มงานทันตกรรม
NUT		กลุ่มงานโภชนศาสตร์
PHA		กลุ่มงานเภสัชกรรม
OPD		กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
TAM		กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
FAM		กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
HE		กลุ่มงานสุขศึกษา



โรงพยาบาลอุตรธานี
Uthairat Hospital

แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลอุตรธานี

หน้า 6/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 พ.ค. 2566

รหัสหน่วยงาน	รหัสหน่วยงานย่อย	ชื่อหน่วยงาน
OCC		กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
MEC		ศูนย์แพทย์ศาสตร์ชั้นคลินิก
LIB		งานห้องสมุด
GEN		กลุ่มงานบริหารทั่วไป
STO		กลุ่มงานพัสดุ
MAI		กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์
HRM		กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
FIN		กลุ่มงานการเงิน
ACC		กลุ่มงานบัญชี
SAP		กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
QIC		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
HIS		กลุ่มงานประกันสุขภาพ
SWK		กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
MIS		กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
	REC	งานเวชระเบียน
	IT	งานศูนย์คอมพิวเตอร์
HRD		กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
	MOD	งานเวชภัณฑ์
BB		ธนาคารเลือด
NUR		กลุ่มงานการพยาบาล
	ER	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
	OPD	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
	ICU	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
	LR	กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
	OPR	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
	ANE	กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
	MED	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
	SUR	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
	OBS	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
	PSY	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช
	PED	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
	ORT	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
	ENT	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต คอ นสิก จักษุ
	IC	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

 โรงพยาบาลอีสาน Isan Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ โรงพยาบาลอุดรธานี	หน้า 7/8
		รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01 แก้ไขครั้งที่ : 1 วันที่แก้ไข :

รหัสหน่วยงาน	รหัสหน่วยงานย่อย	ชื่อหน่วยงาน
NUR	STU	กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ
	HEM	หน่วยไตเทียม
	CNS	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
	RES	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

8. ขั้นตอนในการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ :

8.1 การขออนุมัติเอกสารในระบบคุณภาพ

8.1.1 หน่วยงานผู้จัดทำเอกสารตามแบบฟอร์มการเขียนเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-005-01) ที่กำหนดในภาคผนวก โดยรูปแบบในการจัดทำเอกสาร ดังนี้

- รูปแบบไฟล์ Word ตั้งค่านำกระดาษ ด้านซ้าย 3 ซม. ด้านขวา 2 ซม. ด้านบนและด้านล่าง ไม่น้อยกว่า 1.5 ซม. หรือตามความเหมาะสม ใช้ตัวอักษร Font TH SarabunPSK ขนาด 16 สำหรับหัวข้อต่างๆ ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

- รูปแบบไฟล์ Info graphic ให้ใช้ขนาด 90 x 200 ซม., รูปแบบ Clip VDO ใช้ระยะเวลาตามความเหมาะสม

8.1.2 ส่งใบขอขึ้นทะเบียนใหม่ (FM-QIC-001) พร้อมส่งเอกสารฉบับจริงหรือฉบับร่างหรือไฟล์ให้ส่งไฟล์ Word, ไฟล์ Info graphic, Clip VDO ให้ QIC ตรวจสอบความซ้ำซ้อน หากพบความซ้ำซ้อน QIC จะส่งกลับให้หน่วยงานทบทวนเพิ่มเติม

8.2 การเสนอผู้มีอำนาจลงนาม

8.2.1 QIC ตรวจสอบและกำหนดรหัสเอกสาร และลงทะเบียนแยกตามหน่วยงานและระดับเอกสาร ในบัญชีรายการเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-002)

8.2.2 นำเสนอผู้มีอำนาจลงนาม

8.3 การทำสำเนาและแจกจ่ายเอกสาร

8.3.1 เอกสารคุณภาพทุกระดับ ต้องเก็บต้นฉบับไว้ที่ QIC โดยหลังผู้มีอำนาจลงนาม ให้ทำสำเนาเท่ากับจำนวนที่ต้องการแจกจ่ายไปยังหน่วยงาน และเอกสารต้นฉบับจะต้องประทับตรา "เอกสารต้นฉบับ" ด้วยหมึกสีน้ำเงินทุกหน้าของเอกสาร

8.3.2 แจกจ่ายเอกสารไปยังหน่วยงาน โดยใช้แบบฟอร์มการรับเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-003) ส่งให้ผู้ถือครองเอกสาร

8.4 การจัดเก็บเอกสารของผู้ถือครองเอกสาร

8.4.1 จัดเก็บเอกสารไว้ในสถานที่ที่ปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปศึกษาประกอบการปฏิบัติงานได้

8.4.2 จัดทำบัญชีรายชื่อเอกสารคุณภาพตามแบบฟอร์มบัญชีรายการเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-002) และจัดเก็บในแฟ้มแยกตามระดับของเอกสารเพื่อให้สามารถสืบค้นง่าย หากมีการแก้ไข หรือเรียกคืนเอกสาร

8.5 การขอแก้ไข/ยกเลิกเอกสาร

8.5.1 ให้ผู้จัดทำเอกสาร ซึ่งมีอำนาจในการขอแก้ไข/ยกเลิก ขออนุมัติโดยใช้แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน (FM-QIC-001) แจ้งเหตุผลในการแก้ไข/ยกเลิกส่งให้ QIC เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ



แนวทางปฏิบัติ
เรื่อง : การจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ
โรงพยาบาลอุดรธานี

หน้า 8/8

รหัสเอกสาร : PG-QIC-002-01
แก้ไขครั้งที่ : 1
วันที่แก้ไข : 09 พ.ค. 2566

8.5.2 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วให้ QIC ดำเนินการเรียกเก็บเอกสารฉบับเก่าคืนตามฟอร์มการรับเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-003)

ในกรณียกเลิก : ให้ QIC ดำเนินการประทับตรา "ยกเลิก" ด้วยหมึกสีแดงทุกหน้าของเอกสาร ส่วนเอกสารต้นฉบับให้ประทับตรา "ยกเลิก" เช่นเดียวกัน และจัดเก็บต่อไปเป็นเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่เอกสารถูกยกเลิกแล้วจึงนำไปทำลาย

ในกรณีปรับปรุงแก้ไข : ให้ QIC กำหนดรหัสเอกสารใหม่ แล้วจัดทำเช่นเดียวกับข้อ 8.3 เอกสารที่แก้ไขเพียงบางหน้า หน้าที่ถูกแก้ไขจะถูกเรียกกลับและทำลายโดย QIC ในกรณีเอกสารแก้ไขใหม่ทั้งฉบับให้เก็บไว้ 1 ปี เหมือนกรณียกเลิก

8.6 กรณีเอกสารสูญหาย กรณีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำเอกสารควบคุมฉบับสำเนาที่ได้รับสูญหาย ต้องการขอทดแทน ให้เขียนแบบฟอร์มการขอเอกสาร (FM-QIC-004) ส่งที่ QIC เพื่อขออนุมัติต่อไป

8.7 กรณีหน่วยงาน/บุคคลภายนอกร้องขอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา แนวทางการดำเนินการให้ถือว่าสำเนา/เอกสารฉบับนั้นเป็นเอกสารไม่ควบคุม หมายถึง อาจไม่มีการติดตามแก้ไขข้อมูล หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้เป็นปัจจุบัน ห้ามนำไปยึดถือปฏิบัติ ให้ผู้ที่ต้องการเอกสารเขียนแบบฟอร์มการขอเอกสาร (FM-QIC-004) ที่ QIC โดยให้หัวหน้ากลุ่มงาน QIC เป็นผู้พิจารณาอนุมัติ หลังอนุมัติแล้ว ให้ QIC ประทับตรา "เอกสารไม่ควบคุม" ด้วยหมึกสีแดง ทุกหน้าของเอกสาร

9. เอกสารอ้างอิง :

1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2560) คู่มือการปฏิบัติงานในระบบบริหารคุณภาพการควบคุมเอกสารและบันทึก. ออนไลน์. สืบค้นจาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/download/wmv/0600WM0001.docx> (3 เมษายน 2566)

2) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. (2563) ระเบียบปฏิบัติงานการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ. ออนไลน์. สืบค้นจาก https://dnhospital.go.th/dn_web/phoca/download/HUM/QDC/SP-QDC-001-00.pdf (3 เมษายน 2566)

3) ศูนย์คุณภาพ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน. (2564) แนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ. ออนไลน์. สืบค้นจาก <http://tqa.pcmc.swu.ac.th/Default.aspx?tabid=20437> (3 เมษายน 2566)

10. ภาคผนวก :

- 10.1 Flow chart การดำเนินงาน
- 10.2 แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุง/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-001)
- 10.3 แบบฟอร์มบัญชีรายการเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-002)
- 10.4 แบบฟอร์มการรับเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-003)
- 10.5 แบบฟอร์มการขอเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-004)
- 10.6 แบบฟอร์มการเขียนเอกสารคุณภาพ (FM-QIC-005-01)

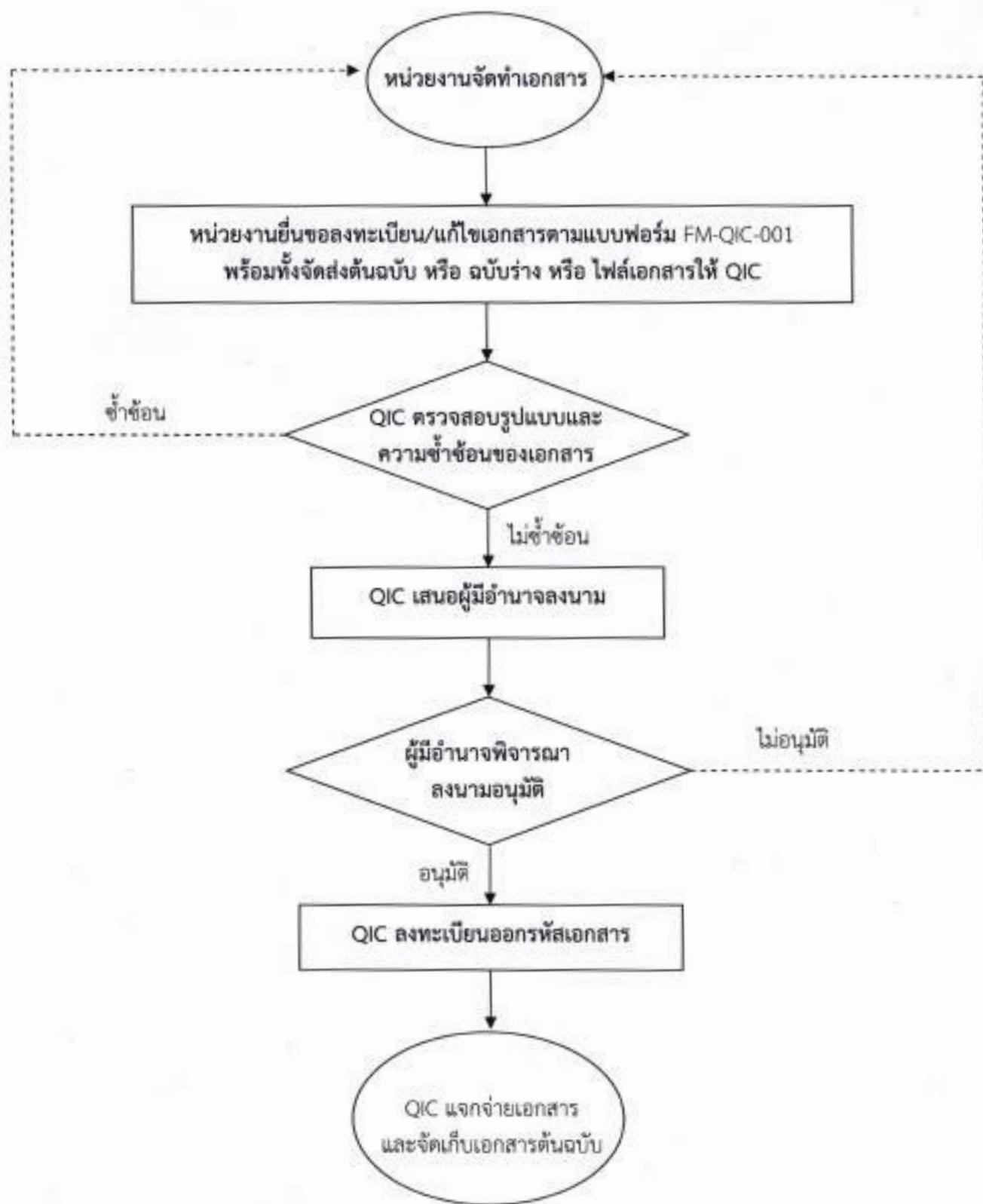
**สามารถ download เอกสารแบบฟอร์มต่างๆ ได้ที่ <https://bit.ly/43P7NWI>

หรือ QR code



ภาคผนวก

Flow chart ขั้นตอนการดำเนินงาน



ใบขอขึ้นทะเบียนใหม่/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ส่วนผู้เสนอ

วันที่.....

หน่วยงาน.....

เรื่อง ☐ ขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพใหม่ ☐ ขอปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ ☐ ขอยกเลิกเอกสารคุณภาพระดับเอกสารคุณภาพที่ขอดำเนินการ ☐ นโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QW)☐ แนวทางปฏิบัติ (PG)☐ วิธีปฏิบัติงาน (WI)☐ เอกสารสนับสนุน (SD)☐ แบบฟอร์ม (FM)

เอกสารคุณภาพ เรื่อง.....

รหัสเอกสารคุณภาพที่(ระบุเฉพาะเอกสารที่ขึ้นทะเบียนแล้ว)

เหตุผลในการจัดทำหรือแก้ไข.....

*กรณีเอกสารขอขึ้นทะเบียนใหม่/ขอแก้ไข ให้แนบต้นฉบับเอกสารคุณภาพใหม่/แก้ไขมาด้วย และให้ส่งไฟล์ Word, Info graphic, Clip VDO ที่เกี่ยวข้องมาที่ E-mail : QIC2023@gmail.com ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง

ส่วนของ QIC

☐ ตรวจสอบแล้ว ไม่พบความซ้ำซ้อนกับเอกสารใด☐ ตรวจสอบแล้ว พบมีความใกล้เคียงกับ.....

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง

☐ อนุมัติ☐ ไม่อนุมัติ เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

แบบฟอร์มบัญชีรายการเอกสารคุณภาพ
เอกสารระดับที่ 1 นโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (QW)

ผู้จัดทำ หรือ ผู้ครอบครองเอกสาร

หน่วยงาน

[illegible]

[illegible]

แบบฟอร์มบัญชีรายการเอกสารคุณภาพเอกสารระดับที่ 3 วิธีปฏิบัติงาน (WI)

ผู้จัดทำ หรือ ผู้ครอบครองเอกสาร
หน่วยงาน

[illegible]

[illegible]

[illegible]

แบบฟอร์มขอเอกสาร

หน่วยงาน.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอเอกสาร ดังนี้

ลำดับที่	รหัสเอกสาร	ชื่อเรื่อง

โดยมีเหตุผลประกอบการร้องขอ คือ

- ☐ ทดแทนฉบับสำเนาที่สูญหาย
☐ เพื่อศึกษาแนวทาง
☐ เพื่อประกอบการทำ Internal Survey
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ผู้ขอเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

 โรงพยาบาลตอตนาน Toon Thani Hospital	(ประเภทเอกสารคุณภาพ)..... เรื่อง :	หน้า 1/... รหัสเอกสาร : แก้ไขครั้งที่ : วันที่แก้ไข :
	ชื่อหน่วยงานผู้จัดทำ : วันที่บังคับใช้ :	
ผู้ตรวจสอบ : (.....) ตำแหน่ง	ผู้เห็นชอบ : (.....) ตำแหน่ง	
ผู้อนุมัติ : (.....) ตำแหน่ง		

บันทึกรายการแก้ไข

ครั้งที่	หน้า	รายการแก้ไข	วัน/เดือน/ปี

หมายเหตุ หน้าที่ 1 QIC จะเป็นผู้บันทึก



โรงพยาบาลสิงห์บุรี
Lion Thai Hospital

.....(ประเภทเอกสารคุณภาพ).....

เรื่อง :

หน้า 2/....

รหัสเอกสาร :

แก้ไขครั้งที่ :

วันที่แก้ไข :

1. นโยบาย :

2. วัตถุประสงค์ :

3. ขอบเขต :

4. กลุ่มเป้าหมาย :

5. นิยามศัพท์/คำจำกัดความ :

6. ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ :

7. เอกสารอ้างอิง :

8. ตัวชี้วัด :

9. ภาคผนวก :