

แผน BCP

กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทาง
การแพทย์

แผนรับมือ Business Continuity Plan (BCP) กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มงาน: เวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ: หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์, หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก, หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยในและหัวหน้าเวร

บทนำ

จากการโดน ransomware attack ในวันที่ 9 ธันวาคม 2566 กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ ได้วิเคราะห์และอุปสรรคจากการรับมือ ransomware attack ในครั้งนี้

ปัญหา

๑. ปัญหาจากเหตุการณ์ Ransomware attack ส่งผลกระทบต่อการทำงานของคอมพิวเตอร์ในงานเวชระเบียน ทำให้ไม่สามารถใช้โปรแกรมต่างๆ ในการลงทะเบียน การสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วย รวมถึงการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย แก้ปัญหาโดยการใช้เขียนด้วยลายมือ ตั้งแต่ขั้นตอนการทำบัตรใหม่ การถ่ายเอกสารบัตรประจำตัวผู้ป่วย เพื่อการตรวจสอบสิทธิการรักษา และการ Admit ผู้ป่วย ทำให้การบริการผู้ป่วยเกิดความล่าช้า

๒. เวชระเบียนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่ได้รับการออก HN และ AN เรียบร้อยแล้วก่อนเหตุการณ์ ransomware attack ไม่สามารถใช้เลขเดิมได้ จำเป็นต้องลงทะเบียนใหม่ เพื่อให้สามารถเชื่อมต่อกับระบบ HIS

๓. การสืบค้นเวชระเบียนที่ถูกจัดเก็บก่อนเหตุการณ์โจมตีใช้เวลานานกว่าระบบปกติมาก เนื่องจากสถานที่จัดเก็บในงานเวชระเบียน สามารถจัดเก็บได้เพียง 2 เดือน และส่วนใหญ่แยกเก็บไว้ที่โกดังสวนอัมพร โดยข้อมูลที่จำเป็นในการค้นหาเวชระเบียน เช่น HN, AN, ชื่อ-สกุล และวันที่ Admit จึงจะสามารถสืบค้นเวชระเบียนได้

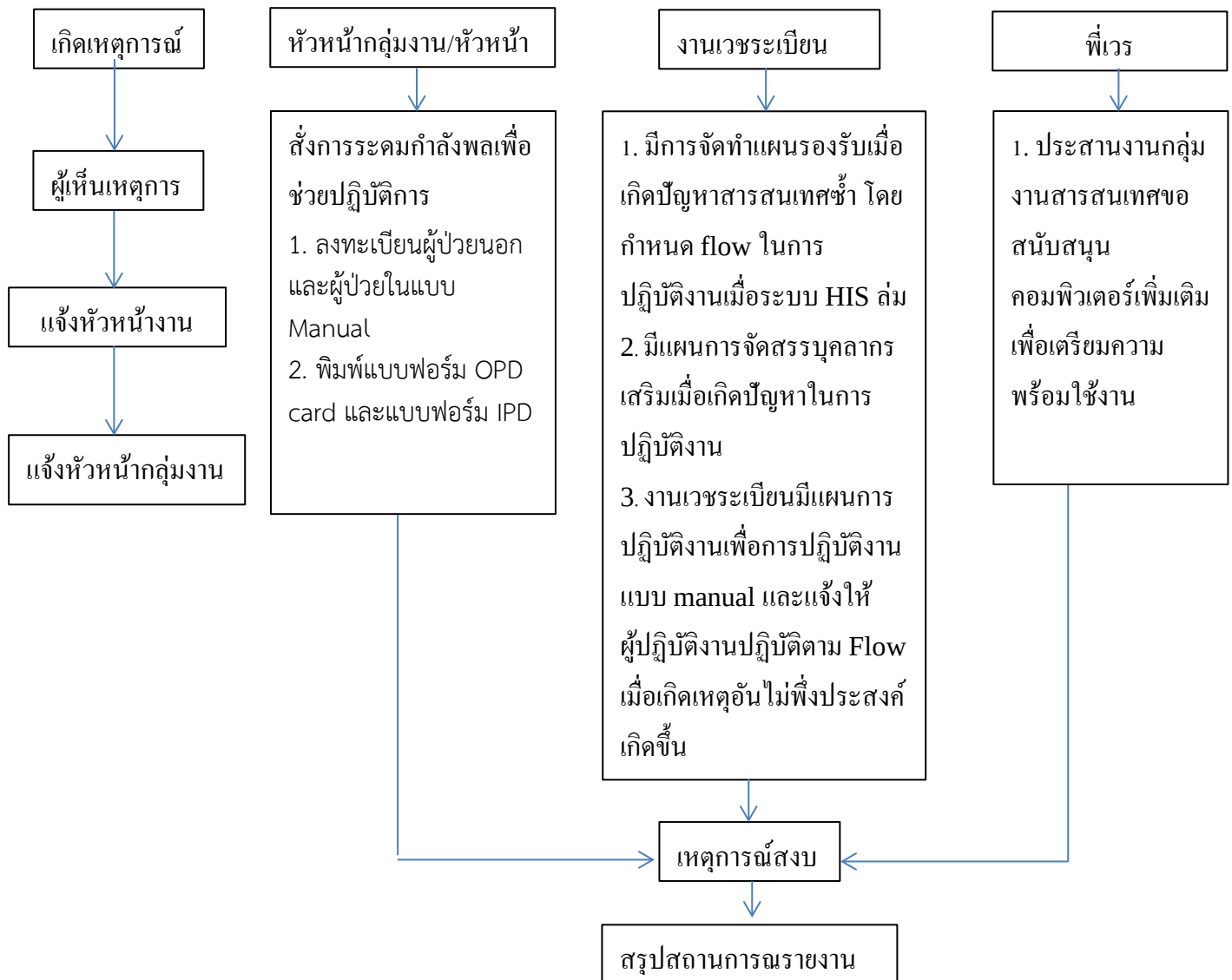
วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

๑. ไม่มีการสำรองข้อมูลในฐานสำรอง ทำให้ไม่สามารถกู้ข้อมูลคืนได้
๒. การใช้คอมพิวเตอร์ในระบบ LAN ของเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดและระเบียบ ของการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ระบุแนวทางการแก้ไขปัญหา

๑. บุคลากรในหน่วยงานให้ปฏิบัติตามแผนฉุกเฉินที่โรงพยาบาลประกาศใช้
๒. สื่อสารให้ผู้มารับบริการทราบถึงปัญหาและระยะเวลาการรอคอย เพื่อลดความกดดันของผู้มารับบริการ
๓. เพิ่มอัตรากำลังคนทันที เพื่อรับมือกับการปฏิบัติงานแบบ Manual
 - ในเวลาราชการ ขอกำลังเสริมจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ๕ คน
 - นอกเวลาราชการ ขอกำลังเสริมจากห้องบัตรที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ๔ คน (จากเดิมปฏิบัติงาน ๔ คน)
๔. จัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพิ่ม เช่น คอมพิวเตอร์ printer

แผนปฏิบัติการรับมือเหตุภัยคุกคามทางไซเบอร์
กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี



รายชื่อผู้ติดต่อ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางระบบสารสนเทศ

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์
นพ.นิพันธ์ ทองบ่อ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจสุขภาพดิจิทัล	
นพ.ธีรพล มโนศักดิ์เสรี	ผช.ผอ.ด้านเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์	
นายธนพล ธนอำพนสกุล	หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ	098-488-1998
น.ส.ณิรชา สุมาตรา	หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์	081-059-5826
น.ส.สำออง โคตะมี	หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	081-768-2379
นางณัฐอร เมธาณฐยศ	หัวหน้างานเวชระเบียนผู้ป่วยใน	095-826-1998

Flow chart การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีบัตรประชาชน

กรณีระบบ HIS ล่ม

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ทำ HN ผู้ป่วย	1. สำเนาบัตร ปชช.ผู้ป่วย 3 ชุด
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ลงทะเบียนห้องตรวจ	1. ประทับตราวันที่ เขียนเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยในสำเนาบัตรปชช.ทั้ง3ชุด 2.เขียนชื่อห้องตรวจและประทับตราวันที่ใน OPD Card (เอกสารหมายเลข 1) และเย็บรวมกับใบสำเนาบัตรปชช. ชุดที่1 3.ประทับตราวันที่ในใบสั่งยา (เอกสารหมายเลข 2) และเย็บรวมกับใบสำเนาบัตรปชช. ชุดที่ 2 4.เขียนชื่อห้องตรวจในใบสำเนาบัตรปชช. ชุดที่ 3
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	1.สอบถามผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประเภทไหน 2.ประทับตราสิทธิการรักษาในเอกสาร 1.OPD card (เอกสารหมายเลข 1) 2.ใบสั่งยา (เอกสารหมายเลข 2) 3.ใบสำเนาบัตรปชช. ชุดที่ 2
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	การเงิน ห้องยา ห้องตรวจ	1.ยื่นเอกสารให้ผู้ป่วยเพื่อไปตรวจ ซึ่งประกอบไปด้วย 1. OPD Card 2. ใบสำเนาบัตรปชช ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 3. ใบสั่งยา 2.เก็บใบสำเนาบัตรปชช ชุดที่ 3 ไว้ที่เวชระเบียน หมายเหตุ : แผ่นต่อ OPD Card (เอกสารหมายเลข 3) อยู่ที่ห้องตรวจ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	admit	1. ออกเลข AN ให้กับผู้ป่วยในสมุด admit 2.เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยเลข AN ชื่อ Ward และประทับตราวันที่ในใบ Summary (เอกสารหมายเลข 5) 3.ถ่ายสำเนา OPD Card /ใบสำเนาบัตรปชช. อย่างละ 1 ชุด 4.เขียนเลข AN และชื่อ Ward ใส่ใบสำเนา OPD Card และใบสำเนาบัตรปชช. พร้อมกับเย็บรวมกันไว้ และเก็บไว้ที่จุด admit 5.ยื่นเอกสารให้ผู้ป่วย เพื่อนำไปที่ Ward ประกอบด้วย 5.1. OPD Card 5.2 ใบสั่งยา 5.3.ใบสำเนาบัตรปชช.ผู้ป่วย 5.4.ใบ Summary (เอกสารหมายเลข 5) 5.5.ใบ Summary D/C (เอกสารหมายเลข 8) 5.6.Admission note (เอกสารหมายเลข 9) หมายเหตุ สมุด admit ประกอบด้วย 1.วันที่/เลข AN/ชื่อ-สกุลผู้ป่วย/Ward/หมายเหตุ 2.เลข AN ประกอบอักษร M และเลข 4 หลักและปีพ.ศ. ปัจจุบัน เช่น M0001/67 3.จุด admit ออก AN มีจุดเดียวคือ ห้อง ER
	ward	

Flow chart การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ไม่มีบัตรประชาชน

กรณีระบบ HIS ล่ม

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ทำ HN ผู้ป่วย	1. กรอกแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ (เอกสารหมายเลข 4) 2. สำเนาแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ 2 ชุด
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ลงทะเบียนห้องตรวจ	1. เขียนชื่อห้องตรวจและประทับตราวันที่ใส่ OPD card (เอกสารหมายเลข 1) 2. นำ OPD Card ยื่นร่วมกับแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ 3. เขียนชื่อห้องตรวจและประทับตราวันที่ใส่ใบสำเนาแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2 4. ประทับตราวันที่ใส่ใบสั่งยา (เอกสารหมายเลข 2) 5. นำใบสั่งยาเย็บรวมกับใบสำเนาแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ชุดที่ 1
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ตรวจสอบสิทธิการรักษา	1. สอบถามผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประเภทไหน 2. ประทับตราสิทธิการรักษาในเอกสาร 1. OPD card (เอกสารหมายเลข 1) 2. ใบสั่งยา (เอกสารหมายเลข 2) 3. ใบสำเนาแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยใหม่ ชุดที่ 2
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	การเงิน ห้องยา ห้องตรวจ ← ไม่รับยา ← รับยา	1. ยื่นเอกสารให้ผู้ป่วยเพื่อไปตรวจ ซึ่งประกอบไปด้วย 1. OPD Card 2. แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ 3. ใบสั่งยา 4. ใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ชุดที่ 1 2. เก็บใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ชุดที่ 2 ไว้ที่เวชระเบียน หมายเหตุ : แผ่นต่อ OPD Card (เอกสารหมายเลข 4) อยู่ที่ห้องตรวจ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	admit	1. ออกเลข AN ให้กับผู้ป่วยในสมุด admit 2. เขียนชื่อ-สกุลผู้ป่วยเลข AN ชื่อ Ward และประทับตราวันที่ในใบ Summary (เอกสารหมายเลข 5) 3. ถ่ายสำเนา OPD Card /แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่อย่างละ 1 ชุด 4. เขียนเลข AN และชื่อ Ward ใส่ใบสำเนา OPD Card และใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ พร้อมกับเย็บรวมกันไว้ และเก็บไว้ที่จุด admit 5. ยื่นเอกสารให้ผู้ป่วย เพื่อนำไปที่ Ward ประกอบด้วย 5.1. OPD Card 5.2. ใบสั่งยา 5.3. แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ 5.4. ใบ Summary (เอกสารหมายเลข 5) 5.5. ใบ Summary D/C (เอกสารหมายเลข 8) 5.6. Admission note (เอกสารหมายเลข 9) หมายเหตุ สมุด admit ประกอบด้วย 1. วันที่/เลข AN/ชื่อ-สกุลผู้ป่วย/Ward/หมายเหตุ 2. เลข AN ประกอบอักษร M และเลข 4 หลักและปีพ.ศ.ปัจจุบัน เช่น M0001/67 3. จุด admit ออก AN มีจุดเดียวคือห้อง ER
	ward	

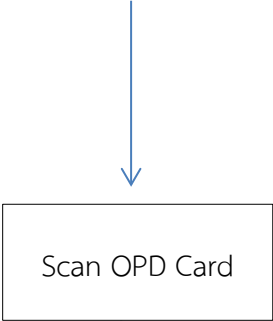
Flow chart การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เมื่อระบบกลับมาปกติกรณีที่ไม่ได้ admit

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ทำ HN ผู้ป่วย	1. นำใบสำเนาบัตรปชช. ผู้ป่วย 2. นำใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติใหม่ผู้ป่วย 3. นำ OPD Card ผู้ป่วย มาทำการออก HN และลงทะเบียนห้องตรวจ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ลงทะเบียนห้องตรวจ + ตรวจสอบสิทธิการรักษา	1. ลงทะเบียนห้องตรวจและตรวจสอบสิทธิการรักษาจากใบสำเนาบัตรปชช. ผู้ป่วยและใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ ในโปรแกรม Register ดังนี้ 1. ค้นหา HN – คีย์เลขบัตร ปชช. หรือชื่อ-สกุล 1.1 พบข้อมูลเดิม → เลือกใช้ HN เดิมที่พบ 1.2 ไม่พบข้อมูล → ออก HN ใหม่ – ใช้ข้อมูล - เลขบัตร ปชช. - ที่อยู่ - ชื่อ-นามสกุล - เบอร์โทรผู้ป่วย - เพศ - ผู้ที่สามารถติดต่อได้ - วันเดือนปีเกิด และเบอร์โทร 2. ลงทะเบียนห้องตรวจ ใช้ข้อมูล - สังกัด - เลขบัตร ปชช. - สิทธิการรักษา - แพทย์ (ไม่ระบุ) คีย์ 0 - ห้องตรวจ - ประเภทการมา (คีย์ 1 = มาเอง)
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	Scan OPD Card	1. นำ OPD Card ผู้ป่วย ของแต่ละห้องตรวจมา Scan ในโปรแกรม DocScan ดังนี้ 1. ประทับตราวันที่ Scan และคำว่า Scan ใน OPD Card ของผู้ป่วย 2. คีย์ HN ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับ OPD Card 3. เลือกประเภทเอกสารเป็น OPD Card 4. ทำการ Scan OPD Card ให้ตรง VN และห้องตรวจที่ลงทะเบียนไว้
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	จัดเก็บ OPD Card	1. นำ OPD Card/ใบสำเนาบัตรปชช./ใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติใหม่ มาจัดเก็บตามระบบ

Flow chart การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เมื่อระบบกลับมาปกติกรณี admit

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ทำ HN ผู้ป่วย	1. นำใบสำเนาบัตรปชช. ผู้ป่วย 2. นำใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติใหม่ผู้ป่วย 3. นำ OPD Card ผู้ป่วย มาทำการออก HN และลงทะเบียนห้องตรวจ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	↓ ลงทะเบียนห้องตรวจ + ตรวจสอบสิทธิการรักษา ↓	1. ลงทะเบียนห้องตรวจและตรวจสอบสิทธิการรักษาจากใบสำเนาบัตรปชช. ผู้ป่วยและใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ ในโปรแกรม Register ดังนี้ 1. ค้นหา HN – คีย์เลขบัตร ปชช. หรือชื่อ-สกุล 1.1 พบข้อมูลเดิม → เลือกใช้ HN เดิมที่พบ 1.2 ไม่พบข้อมูล → ออก HN ใหม่ – ใช้ข้อมูล - เลขบัตร ปชช. - ที่อยู่ - ชื่อ-นามสกุล - เบอร์โทรผู้ป่วย - เพศ - ผู้ที่สามารถติดต่อได้ - วันเดือนปีเกิด และเบอร์โทร 2. ลงทะเบียนห้องตรวจ ใช้ข้อมูล - สังกัด - เลขบัตร ปชช. - สิทธิการรักษา - แพทย์ (ไม่ระบุ) คีย์ 0 - ห้องตรวจ - ประเภทการมา (คีย์ 1 = มาเอง) 3. เขียน HN ใน OPD Card
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	↓ Admit (ออก AN ใหม่) ↓	1. Admit ในโปรแกรม IPDFr ใช้ข้อมูล 1.1 คีย์ HN 1.2 คีย์ Room No → รหัส ward ที่ Admit 1.3 ระบุแพทย์เจ้าของไข้ 1.4 กด write (บันทึก) → ได้ AN ใหม่ 2. แก้ไขวันที่ลงทะเบียนให้ตรงกับวันที่ Admit จริง กรณีลงทะเบียนย้อนหลัง 1 วันขึ้นไป โปรแกรม HomcFastEdit ดังนี้ 2.1. คีย์ HN และ VN 2.2. แก้ไขวันที่ในตาราง regisDate และ qDateIn 2.3. แก้ไขเวลาในตาราง qTimeIn 2.4. ตรวจสอบวันที่และเวลาให้ถูกต้องแล้วกด Update 3. พิมพ์ใบ Summary ในโปรแกรม IPDFr 4. นำใบ Summary ไปส่งตาม Ward ที่ระบุไว้ในใบ Summary

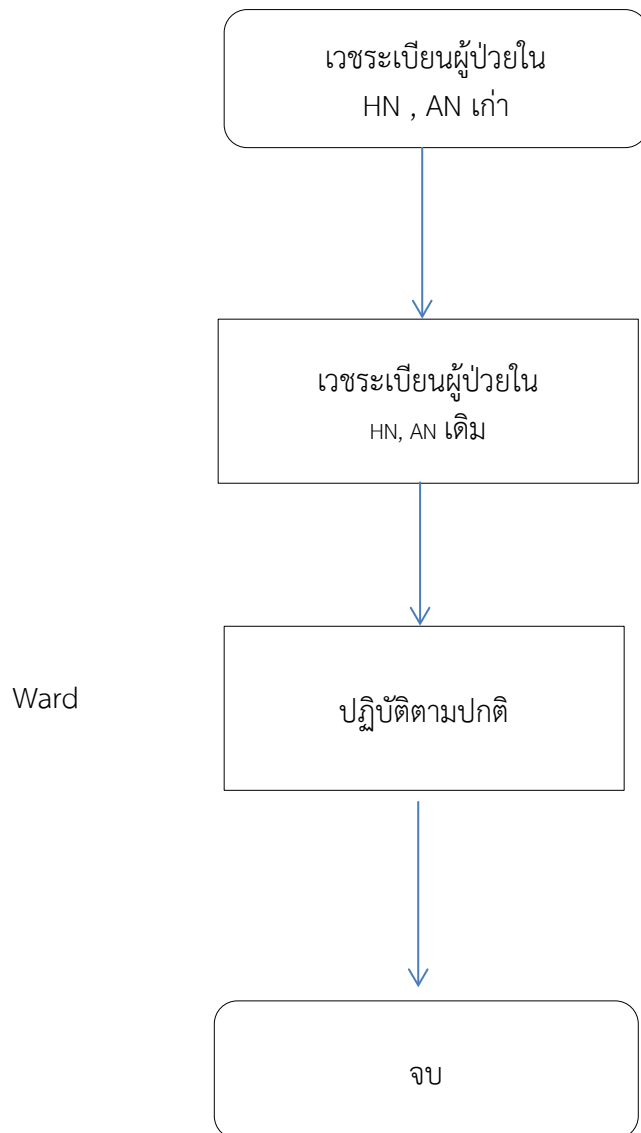
Flow chart การบริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เมื่อระบบกลับมาปกติกรณี admit (ต่อ)

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน		1. นำ OPD Card ผู้ป่วย ของแต่ละห้องตรวจมา Scan ในโปรแกรม DocScan ดังนี้ 1.ประทับตราวันที่ Scan และคำว่า Scan ใน OPD Card ของผู้ป่วย 2.คีย์ HN ตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ตรงกับ OPD Card 3.เลือกประเภทเอกสารเป็น OPD Card 4.ทำการ Scan OPD Card ให้ตรง VN และห้องตรวจที่ลงทะเบียนไว้
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน		1.นำ OPD Card/ใบสำเนาบัตรปชช./ใบสำเนาแบบฟอร์มกรอกประวัติใหม่ มาจัดเก็บตามระบบ

Flow chart การคีย์ Diag เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
Coder	รายงานผู้ป่วยนอกที่ยังไม่ลง Diagnosis	โปรแกรม INFO-D's ReportSystem (Fast Report) 1.ใส่ USER /Password 2.เลือก Run Report 3.เลือกข้อ OPD -เลือกข้อ 24 4.กด Preview 5.เลือกวันที่ /ห้องตรวจ กดตกลง 6.กดพิมพ์รายงาน
Coder	ให้รหัสโรค ICD-10 /TCD-9	โปรแกรม OPServXE67 ขั้นตอน 1. ใส่ USER/password 2. เลือกเวชระเบียน 2.1 เลือกรายงานแพทย์ลงคำวินิจฉัย 2.2 กำหนดวันที่ /แผนก กดตกลงได้รายงานออกมา 3. ให้รหัสโรค ICD-10/ICD-9 ตามคำวินิจฉัยของแพทย์ หมายเหตุ : หากไม่มีคำวินิจฉัยในรายงานให้ทำขั้นตอนที่ 4 4. เลือกดูประวัติ - คีย์ HN ตรวจสอบชื่อ –สกุล - เลือกวันที่ / ห้องตรวจ - ให้รหัสโรค ICD-10/ICD-9 ตามคำวินิจฉัยของแพทย์
เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	คีย์รหัสโรค ICD-10/ ICD-9	โปรแกรม OPDFr 1. ใส่ USER / password 2. เลือก Entry 2.1 เลือกบันทึก Diagnosis 2.2 คีย์ HN ตรวจสอบชื่อ –สกุล 2.3 เลือกวันที่ / ห้องตรวจ 2.4 คีย์รหัสโรค ICD -10/ ICD-9
	จบ	

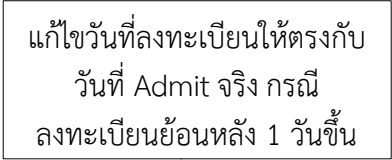
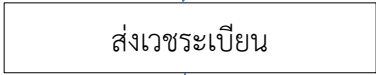
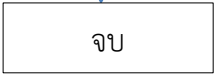
Flow Chart เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ค้างบน Ward
กรณีระบบ HIS ล่ม กลับมาปกติ



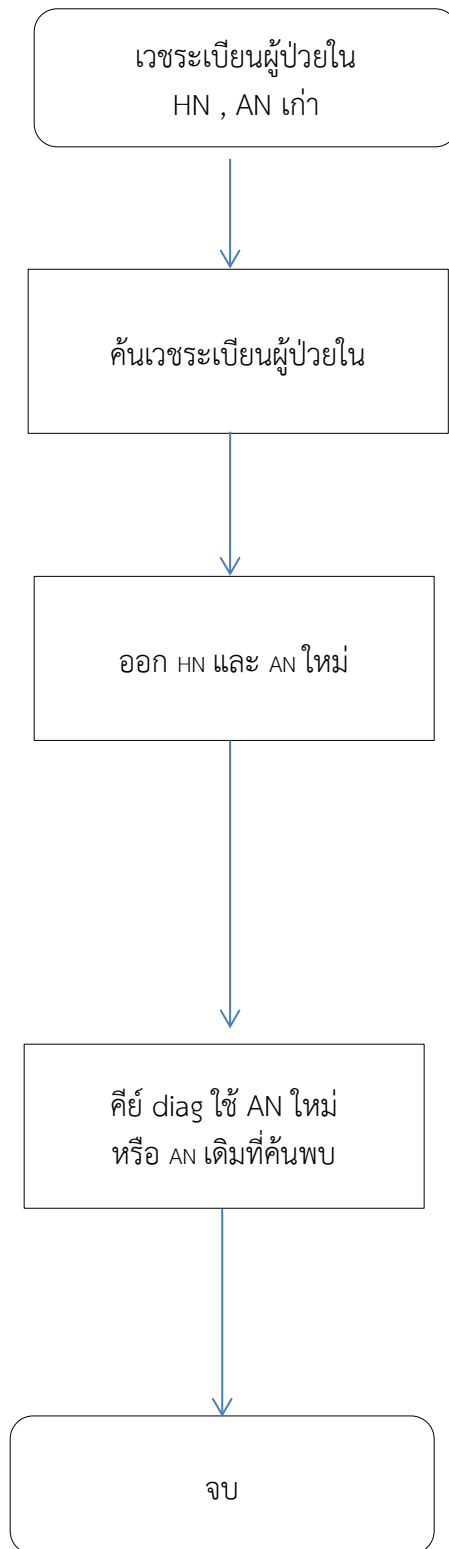
Flow Chart เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ค้างบน Ward
กรณีระบบ HIS ล่ม กู้คืนมาได้บางส่วน

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
	เวชระเบียนผู้ป่วยใน HN AN เก่า ↓	FM-MR-001-R01-1-08-2567
ward	กรอกแบบฟอร์มขอ AN ใหม่ ใน google sheet FM-MR-001-OR01-1-08-2567 ↓	1. Ward กรอกข้อมูลใน google sheet (ระยะเวลาภายใน 2 ชม.) ระบุข้อมูล - Ward, รหัส ward, เบอร์โทร, ชื่อ-สกุลผู้ส่ง - HN เก่า, AN เก่า, เลขบัตรประชาชน, ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย, ว/ด/ปีเกิด, เพศ, ที่อยู่, เบอร์โทรติดต่อและ Admiss deat
งานเวชระเบียน	ลงทะเบียนห้องตรวจ ↓	โปรแกรม Register 1. ค้นหา HN – คีย์เลขบัตร ปชช. หรือชื่อ-สกุล 1.1 พบข้อมูลเดิม → เลือกใช้ AN เดิมที่พบโดย ระบุเป็น AN “สีเขียว” 1.2 ไม่พบข้อมูล → ออก HN ใหม่ – โดยระบุเป็น AN “สีแดง” 1.3 เวชระเบียนค้นหาข้อมูลภายในเวลา 4 ชม.
งานเวชระเบียน	ออก AN ใหม่ (Admit) ↓	1. Admit ในโปรแกรม IPDFr ใช้ข้อมูล 1.1 คีย์ HN 1.2 คีย์ Room No → รหัส ward ที่ Admit 1.3 คีย์วันและเวลา Admit 1.4 ระบุแพทย์เจ้าของไข้ 1.5 กด write (บันทึก) → ได้ AN ใหม่ 2. เขียน HN และ AN ใหม่ใน Summary 3. ใช้ปากกาขีดฆ่า HN และ AN เก่าออก ใน Summary 4. เซ็นชื่อผู้แก้ไขใน Summary 5. กรอก AN ที่ได้ในแบบฟอร์มใน google sheet ได้ AN เก่า สีเขียว ,AN ใหม่ สีแดง

Flow Chart เวย์ระเบียบผู้ป่วยในที่ค้ำบน Ward
กรณีระบบ HIS ล่ม กู้คืนมาได้บางส่วน

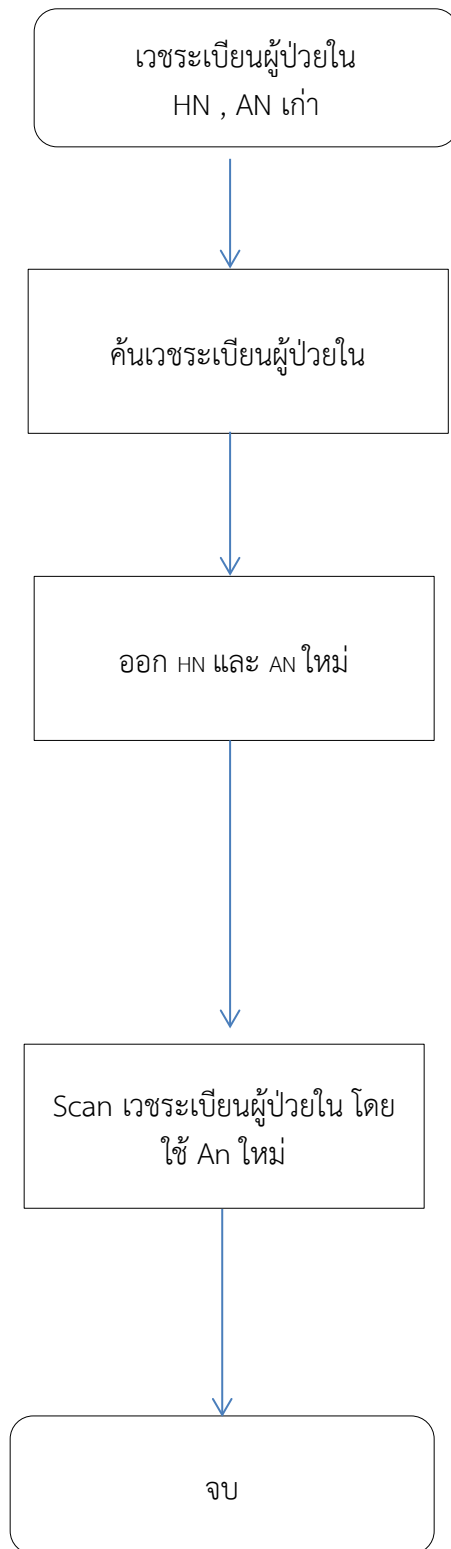
ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	วิธีปฏิบัติ
งานเวย์ระเบียบ		โปรแกรม HomcFastEdit ขึ้นตอน 1. คีย์ HN และ VN 2. แก้ไขวันที่ในตาราง regisDate และ qDateIn 3. แก้ไขเวลาในตาราง qTimeIn 4. ตรวจสอบวันที่และเวลาให้ถูกต้องแล้วกด Update
Ward		1. ใช้ HN และ AN ที่งานเวย์ระเบียบส่งให้ทาง google sheet (สีเขียว = HN AN เดิม สีแดง = HN AN ใหม่) 2. คีย์จำหน่ายในคอมพิวเตอร์ตามปกติ
Ward		1. ใช้ HN AN ที่งานเวย์ระเบียบส่งให้ทาง google sheet (สีเขียว = HN AN เดิม , สีแดง = HN AN ใหม่) 2. คีย์ส่งชาร์ทในคอมพิวเตอร์ตามปกติ 3. หากโปรแกรมส่งชาร์ทใช้ไม่ได้ให้เขียนหรือพิมพ์ใบนำส่งชาร์ท 4. กรณีโปรแกรมการคิดเงินใช้ไม่ได้ให้ส่งชาร์ทมาที่งานเวย์ระเบียบ เมื่อครบ 5 วันนับจากวันจำหน่าย
		

Flow Chart การคีย์ diag เวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง
กรณีระบบ HIS ล่ม ถูคืนมาได้บางส่วน



- พบข้อมูลเดิม เลือกใช้ HN และ AN เดิม (สีเขียว)
- ไม่พบข้อมูล ออก HN และ AN ใหม่ (สีแดง)

Flow Chart การสแกน เวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง
กรณีระบบ HIS ล่ม กู้คืนมาได้บางส่วน



- พบข้อมูลเดิม เลือกใช้ HN และ AN เดิม (สีเขียว)
- ไม่พบข้อมูล ออก HN และ AN ใหม่ (สีแดง)

แนวทางส่ง Chart ที่ค้างบน Ward กรณีระบบ HIS ล่ม

ในกรณีที่จำหน่ายครบ 5 วัน แล้วหากบันทึกค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรมระบบ LAN ไม่ได้ ให้ส่ง Chart มาที่งานเวชระเบียนได้เลย (ปกติต้องคิดค่ารักษาพยาบาลก่อน) มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ (PReturnChart)

1.1 กรณีโปรแกรมการส่ง Chart ใช้ได้ ให้ส่ง Chart ตามปกติ

1.2 กรณีโปรแกรมการส่ง Chart ใช้ไม่ได้ ให้ส่ง Chart พร้อมใบนำส่ง Chart ระบุรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 ชื่อ Ward

1.2.2 วันที่ส่ง

1.2.3 ลำดับ

1.2.4 HN

1.2.5 AN

1.2.6 ชื่อ – สกุลผู้ป่วย

1.2.7 วัน Admit

1.2.8 วันจำหน่าย

1.2.9 ชื่อ – สกุล ผู้ส่ง Chart

ภาคผนวก

ใบสั่งยาโรงพยาบาลอุดรธานี

ชื่อผู้ป่วยอายุ.....ปี HN.....

วันที่ห้องตรวจ.....

สิทธิการรักษา

ผู้ป่วยแพ้ยา :	☐ Order ยา Online ☐ ไม่มียา
----------------	--

ลำดับ	รายการ	เหตุผล A - F	จำนวน	หมายเหตุ
	ค่าบริการผู้ป่วยนอก			
☐ XRay ☐ LAB ☐ EKG ☐ อื่นๆ.....		รวมเงิน		
แพทย์ผู้รักษา				

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่
ห้ามดึงออกจากประวัติผู้ป่วยเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
(ID or Passport)

□ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □

ชื่อ-สกุล (Name in full)..... เพศ(Sex) ชาย(Male) หญิง(Female)
เกิดวันที่ (Date of birth)..... เดือน (Month)..... พ.ศ. (Year)..... อายุ (Age)..... ปี.....เดือน.....วัน

ที่อยู่ปัจจุบัน Permanent Address บ้านเลขที่/House No..... หมู่/Moo..... ซอย/Soi..... ถนน/Road..... ตำบล/Subdistrict..... อำเภอ/District..... จังหวัด/Province..... โทรศัพท์/Tel.....	สถานภาพปัจจุบัน / Status 1. ☐ โสด / Single 2. ☐ สมรส / Married 3. ☐ หม้าย/Widowed 4. ☐ หย่า/Divorced 5. ☐ แยกกันอยู่/ Separated 6. ☐ นักรบ/Monk	อาชีพ/Occupation..... เชื้อชาติ/Race ไทย ☐ ระบุ..... สัญชาติ /Nationality ไทย ☐ ระบุ..... ศาสนา/Religion พุทธ ☐ ระบุ.....	ประวัติการแพ้ยา (Drug Allergy History) ☐ ไม่ทราบ/Don't Know ☐ ไม่แพ้ยา/No Drug Allergy ☐ แพ้ยา/Allergy to Drugs Please Identify กรุ๊ปเลือด/Blood group
ชื่อ-สกุล บิดา/Father's Name..... ชื่อ-สกุล มารดา/Mother's Name..... ชื่อ-สกุล คู่สมรส (ถ้ามี)..... ชื่อ-สกุล ผู้ที่ติดต่อได้/Contactable Person เกี่ยวข้องเป็น/Relationship..... ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดียวกัน ☐ ที่อยู่อื่นๆ ระบุ.....		สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ บัตรประกันสังคม เลขที่บัตร..... วันหมดอายุ..... สถานพยาบาลหลัก..... สถานพยาบาลรอง..... • ชำระเงินเอง ☐ เบิกได้ ผู้พิมพ์บัตร.....	

เริ่มใช้ 9/12/66

โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

ใบบันทึกการตรวจรักษา นอก

โรงพยาบาลอุดรธานี

(OPD Card)

ห้องตรวจ.....	ผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล.....	
อายุ.....ปี HN.....	
วันที่.....	

โทรศัพท์

วัน เดือน ปี	อาการ และ การตรวจรักษา ประเภทผู้ป่วย ☐ ฉกฉวย ☐ ต่วน ☐ ปกติ
ผู้ป่วยมาโดย BP...../.....mmHg. ,PR.....ครั้ง/min ,BT.....C* ,BW.....kgs.,HT.....cms. วันที่..... เวลา.....น.	ผู้ป่วยมาโดย BP...../.....mmHg. ,PR.....ครั้ง/min ,BT.....C* ,BW.....kgs.,HT.....cms. อาการสำคัญ..... ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....
สิทธิการรักษา	โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... โรคประจำตัวของญาติสายตรง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... การแพ้ยา/แพ้อาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ประวัติการมีประจำเดือน ประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี LMP..... ประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง - ตั้งครรภ์ ☐ ไม่ตั้ง ☐ ตั้ง (ระบุ)..... - สืบพันธุ์ ☐ ไม่สืบ ☐ สืบพันธุ์ (ระบุ)..... - อาหารดิบ ☐ ไม่ทานอาหารดิบ ☐ ทานอาหารดิบ..... ผลการตรวจที่มีมาด้วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... พยาบาลผู้คัดกรอง.....เวลา.....น.
ผู้ตรวจสิทธิ..... ● ให้คำแนะนำโดยพยาบาล	การตรวจร่างกาย
การปฏิบัติตัว ● การรับประทานอาหาร ● รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ● มาตรวจตามนัด ● การสังเกตอาการผิดปกติ ● ส่งปรึกษา.....	ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ
กลับบ้าน ☐ Admit ☐ ส่งต่อ ☐	การวินิจฉัย
ผู้ให้คำแนะนำ..... ผู้รับคำแนะนำ.....	การรักษา

ลงชื่อแพทย์..... เอกสารหมายเลข 3เวลา.....น.

เริ่มใช้ 9/12/66



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

ใบบันทึกการตรวจรักษา
นอก

โรงพยาบาลอุดรธานี

(แผ่นต่อ OPD Card)

ห้องตรวจ.....
ชื่อ-สกุล.....
อายุ.....ปี HN.....
วันที่.....

ผู้ป่วย

วัน เดือน ปี	อาการ และการตรวจรักษา ประเภทผู้ป่วย ☐ จุกเฉิน ☐ ต่วน ☐ ปกติ



Discharge Summary of Department
Udonthani Hospital

Admission...../...../.....เวลา.....น. Ward.....
Discharge...../...../.....เวลา.....น. Ward.....
History.....
.....
Underlying disease ☐ No ☐ Yes.....
Radiologic finding
Blood chemistry
Pathological report
Final Diagnosis
.....
Operation
.....
.....
.....
Course in hospital
.....
Complication ☐ No ☐ Yes
.....
.....
.....
Home Medication
.....
Discharge planning
.....
Follow up...../...../.....

Discharge status ☐ Complete recovery ☐ Improve ☐ Not Improve
☐ Death without autopsy ☐ Escape ☐ Against advice

☐ Palliative☐ Death with autopsy ☐

Refer

HN.....AN.....	ผู้บันทึก (Signature)
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี	นักศึกษาแพทย์.....
ตึก.....	Extern.....
สิทธิ.....	Intern/Resident.....MD.
	Staff.....MD.

FM-IPD.MR-001-R01-1-08-2567

Discharge Summary and Order

หน้าที่1/1

<u>Diagnosis</u>	<u>Hospital course and key investigation results</u>				
<u>สภาพผู้ป่วยวันจำหน่าย</u>	<u>Home Medication</u>				
	<table><tr><td>ใช้</td><td>ไม่ใช้</td><td>ชื่อ-วิธีใช้</td><td>จำนวน</td></tr></table>	ใช้	ไม่ใช้	ชื่อ-วิธีใช้	จำนวน
ใช้	ไม่ใช้	ชื่อ-วิธีใช้	จำนวน		
<u>ระดับความรู้สึกตัว</u> <u>Vital sign</u> T.....°C...../min RR.....min BP.....mmHg O ₂ sat.....% <u>ความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</u> ส่งประสาน COC ก่อนกลับ ผู้ดูแล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... <u>คำแนะนำที่ได้รับก่อนกลับบ้าน</u> ☐ แผ่นพับภาวะหลอดเลือดสมอง ☐ คำแนะนำเรื่องการไข้ยาโดยเภสัชกร ☐ อื่นๆ.....					
<u>D/C Status</u> ☒ Improve ☒ Against advice ☒ Dead ☒ Refer to					
F/U 1. วันที่.....พบแพทย์.....ที่..... ส่งตรวจ/ตาม lab.....					

2. วันที่พบแพทย์.....ที่.....

ส่งตรวจ/ตาม lab.....

แพทย์.....พยาบาล.....เภสัชกร.....

HN:AN.....อายุ.....

ชื่อ.....

ตึก.....Admission date.....

สิทธิ: StaffMD

รายงาน 501

UDONTHANI HOSPITAL UDONTHANI THAILAND

FM-IPD.MR-001-R01-1-08-2567

HOSPITAL NUMBER VN :		AN :		SEX ชาย	MARITAL SRATUS	
PATIENT'S NAME				BIRTHDAY		AGE
PATIET'S ADDRESS				DEPARTMENT		
				WARD		
CONTACT PERSON				ADMISSION DATE		เวลา
CONTACT ADDRESS				D/C DATE		เวลา
				LEAVE DAY		LOS.
สิทธิการรักษา						CODE
MAIN CONDITION (PRINCIPAL DISEASE)						1 2 3 4 5 6 7

PATIENT'S NAME		BIRTHDAY	
PATIENT'S ADDRESS		AGE	
		DEPARTMENT	
CONTACT PERSON		WARD	
CONTACT ADDRESS		ADMISSION DATE เวลา	
		D/C DATE LOS.	
สิทธิการรักษา		LEAVE DAY	CODE
MAIN CONDITION (PRINCIPAL DISEASE)			
COMORBIDITY		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
COMPLICATION			
OTHER DIAGNOSIS/EXTERNAL CAUSE OF			
OPERATION () Tubal Resection (6632)			
GESTATIONAL AGE(WEEK) GRAVIDITY PARITY VDRL HIV HBsAg MODE OF DELIVERY : ()NORMAL DELIVERY ()VACUUM EXTRACTION ()BREECH ASSISTING ()..... ()CLASSICAL CESAREAN SECTION ()LOW TRANSVERSE CESAREAN SECTION			
OUTCOME OF DELIVERY : ()Single live birth ()Twins,one liveborn and one stillborn ()Single stillbirth ()Twins, both stillborn ()Twins, both liveborn ().....			
DISCHARGE STATUS		TYPE DISCHARGE	
1.หายขาด 2.ดีขึ้น	6. เด็กปกติ กลับพร้อมมารดา 7. เด็กปกติ กลับแยก	1. แพทย์อนุญาต 2. ปฏิเสธการรักษา	5. อื่นๆ 8. ตายได้ทำ Autopsy

3. ไม่ดีขึ้น	ไม่พร้อมมารดา	3. หันกลับ	9. ตายไม่ได้ทำ Autopsy
9. ตาย		4. ส่งต่อรักษาที่อื่น ระบุ.....	

CAUSE OF DEATH
 IMMEDIATE CAUSE (เหตุตายโดยตรง).....
 COMPLICATE CAUSE (เหตุนำแทรก).....
 ANTECEDENT CAUSE (เหตุนำเดิม).....

ATTENDING PHYSICIAN.....APPROVE
 BY.....

รายงาน 503

UDONTHANI HOSPITAL UDONTHANI THAILAND

FM-IPD.MR-001-R01-1-08-2567

ปรับปรุง 01/07/67

HOSPITAL NUMBER	VIN :	AN :	SEX ชาย	MARITAL SRAT	
PATIENT'S NAME			BIRTHDAY		
PATIET'S ADDRESS			AGE		
			DEPARTMENT		
CONTACT PERSON			WARD		
CONTACT ADDRESS			ADMISSION DATE		เวลา
			D/C DATE		LOS.
สิทธิการรักษา			LEAVE DAY	CODE	
MAIN CONDITION (PRINCIPAL DISEASE)					
COMORBIDITY					
COMPLICATION					
OTHER DIAGNOSIS/EXTERNAL CAUSE OF INJURY					
OPERATION					
OPERATION (S) PERFORMED ON INFANT					
BODY WEIGHT (GRAMS) VDRL anit-HIV HBsAg APGAR SCORE CODER					
DISCHARGE STATUS			TYPE DISCHARGE		
1. หายขาด	6. เด็กปกติ กลับพร้อมมารดา		1. แพทย์อนุญาต	5. อื่นๆ	
2. ดีขึ้น	7. เด็กปกติ กลับแยก		2. ปฏิเสธการรักษา	8. ตายได้ทำ Autopsy	
3. ไม่ดีขึ้น	ไม่พร้อมมารดา		3. หันกลับ	9. ตายไม่ได้ทำ Autopsy	

9.ตาย	4. ส่งต่อรักษาที่อื่น ระบุ.....
CAUSE OF DEATH IMMEDIATE CAUSE (เหตุตายโดยตรง)..... COMPLICATE CAUSE (เหตุนำแทรก)..... ANTECEDENT CAUSE (เหตุนำเดิม).....	

ATTENDING PHYSICIAN.....APPROVE
BY.....

FM-IPD.MR-001-R01-1-08-2567

ปรับปรุง 01/07/67