

ชื่อแฟ้ม (33)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

PRENATAL

ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ

☒ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

☒ รพ.สต. ☒ รพท. ☒ รพพ. ☒ รพศ. ☐ อื่นๆ :

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการรับแจ้งข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน

ความครอบคลุมของบริการ

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record

เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

- การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการรับแจ้งตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	<input checked="" type="checkbox"/>	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ 1,2,10 เป็นต้น	<input checked="" type="checkbox"/>	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้ง สุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	<input checked="" type="checkbox"/>	LMP		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	VDRL_RESULT		C	1	Y
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HIV_RESULT		C	1	Y
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปี ที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี ค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	HCT_RESULT		N		
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนปี ที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y