



การบันทึกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย (50 แฟ้ม)

สันติ ลิ้มวิจิตรวงศ์
หัวหน้าทีมฝ่ายฝึกอบรม

BANGKOK MEDICAL SOFTWARE Co.,Ltd.

1

COMMUNITY ACTIVITY

นิยาม : ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน

หมายเหตุ : กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

2



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม COMMUNITY_SERVICE

ระบบผู้ป่วยนอก >> แถบทั่วไป >> งานป้องกันโรค >> Community Service

5

DISABILITY

นิยาม: ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะเพิ่ม: เพิ่มสะสม

ขอบเขตข้อมูล:

1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก:

1. สำรวปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง
3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

หมายเหตุ:

- ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น
- การบันทึกเพิ่ม DISABILITY ต้องบันทึกคู่กับแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

6

ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม DISABILITY

เมนู PCU >> Account 1 >> ค้นหาชื่อ >> แถบความพิการ

7

ICF

นิยาม : ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล

ลักษณะเพิ่ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล


เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกพร้อมกันกับการประเมินประเภทความพิการในแฟ้ม DISABILITY

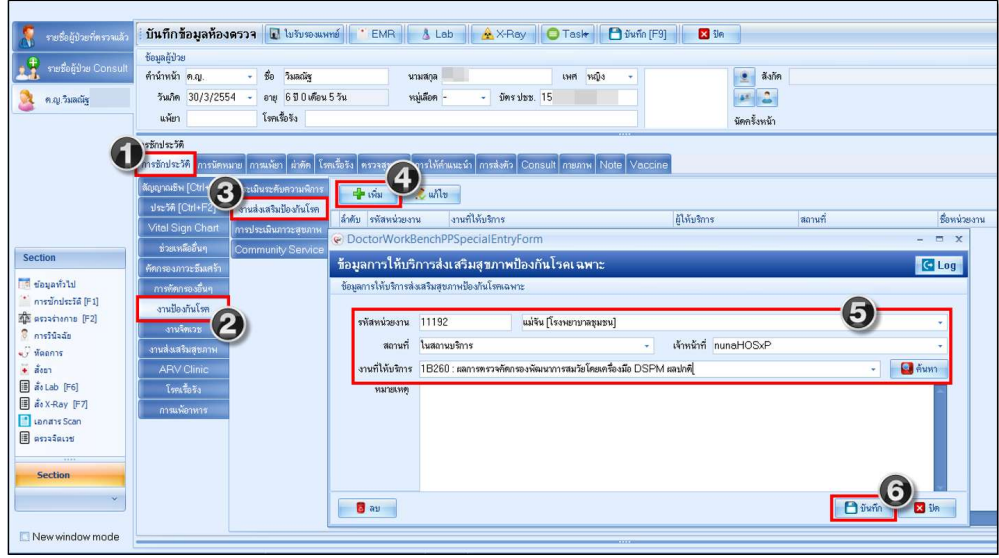
หมายเหตุ :

- บันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

8

 **ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม SPECIALPP**

ระบบผู้ป่วยนอก >> Nurse Workbench >> งานป้องกันโรค >> งานส่งเสริมป้องกันโรค



11

FUNCTIONAL

นิยาม : ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

ลักษณะเพิ่มเติม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีรับบริการ

หมายเหตุ :

- กลุ่มเป้าหมายที่มีรับบริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ 20 กลุ่มโรค sub-acute, non-acute
- การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 วิธีการประเมิน จะมี 1 record
- หากมีการใช้วิธีการประเมินความบกพร่องหลายวิธีในการประเมินครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

12



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม FUNCTIONAL

ระบบผู้ป่วยนอก >> งานป้องกันโรค >> ประเมินภาวะสุขภาพ

Form details: Patient Name: PACUTAEEL, ID: 999999999, Date: 11/10/2559, Time: 21:15. The form includes sections for 'การประเมินภาวะสุขภาพ' (Health Assessment) and 'การประเมินภาวะสุขภาพ' (Health Assessment). A red box highlights the 'ประเมินภาวะสุขภาพ' section, and a red box highlights the 'ประเมินภาวะสุขภาพ' section. A red box highlights the 'ประเมินภาวะสุขภาพ' section. A red box highlights the 'ประเมินภาวะสุขภาพ' section.

13

REHABILITATION

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้)

ลักษณะเพิ่ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบิน :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ :

- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

14



ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม REHABILITATION

การบันทึกข้อมูลกิจกรรมงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ

(Physic Registry / Physic Workbench)

ข้อมูลพื้นฐานงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู (ห้องระบุ F43 Rehab Code)

โปรแกรม HOSuPPhysicItemsManagerEntryForm แสดงการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการฟื้นฟู:

- ชื่อรายการ: OT-Assistive device (Free size) ☒ เปิดใช้งาน
- ชื่อค่าบริการ: Assistive Device (Free Size)
- กลุ่มงาน: กิจกรรมบำบัด
- กลุ่มการรักษา: ฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ระยะเวลาการให้บริการ: 60 นาที
- ราคา: 600.00 บาท ☒ ใช้ราคาจากสิ่งส่งตรวจ
- ICD10:
- ICD9: 9323 Fitting of orthotic device
- ICD10TM:
- F43 Rehab Code: 9371600 ☒ ใช้รหัส ICD9 กับผู้ป่วยใน

*** กรณีที่ไม่ถูกส่งออกมา เกิดจาก ข้อมูลกิจกรรมไม่ได้ระบุ Rehab Code ซึ่งต้องระบุตามมาตรฐานเฉพาะรายการที่ถูกกำหนดไว้เท่านั้น

โปรแกรม HOSuPPhysicPlanDetailEntryForm แสดงการบันทึกข้อมูลการทำการกิจกรรม:

- วันที่: 5/12/2562 ☒ ส่งเสริม ☐ ป้องกัน ☒ รักษา ☐ ฟื้นฟู
- กิจกรรม: OT-Assistive device (Free size)
- ราคา: 200.00 จำนวนครั้ง: 1 หน่วยนับ:
- เวลาเริ่ม: 00:37:10 เวลาสิ้นสุด: 01:37:10
- ICD9: 9442 Family therapy
- ICD10:
- ผู้วินิจฉัย: BMS
- กายอุปกรณ์:
- วันที่จ่าย: 5/12/2562 วันที่สิ้นสุด: จำนวนครั้งที่: 0
- ผู้จ่าย:
- เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: ลำดับ: 1 จากหน้าที่: 1 ตำแหน่ง: พยาบาล

15

ACCIDENT

นิยาม : ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต.

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ


เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

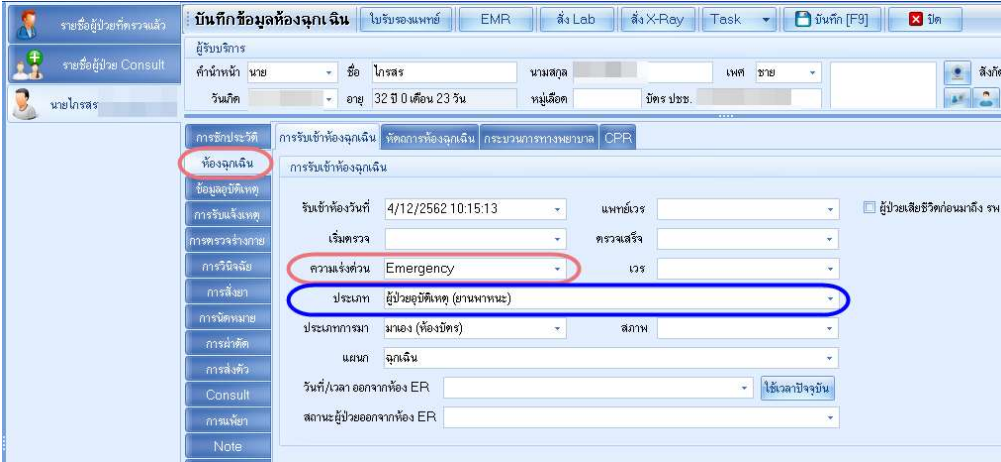
หมายเหตุ :

1. ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ

16

 **ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT**

1. ER Register List >> ห้องฉุกเฉิน



รายการประวัติ

บันทึกข้อมูลห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยบริการ: คำนวณ นาย โทสร นามสกุล เพศ ชาย

วันเกิด อายุ 32 ปี 0 เดือน 23 วัน หมู่เลือด ปีตร ปชช.

การรับเข้าห้องฉุกเฉิน

รับเข้าห้องวันที่ 4/12/2562 10:15:13 แพทย์வர்

เริ่มตรวจ ตรวจเสร็จ

ความเร่งด่วน Emergency เวร

ประเภท ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ยานพาหนะ)


ประเภทการมา มาเอง (ห้องฉุกเฉิน) สภากา

แผนก ฉุกเฉิน

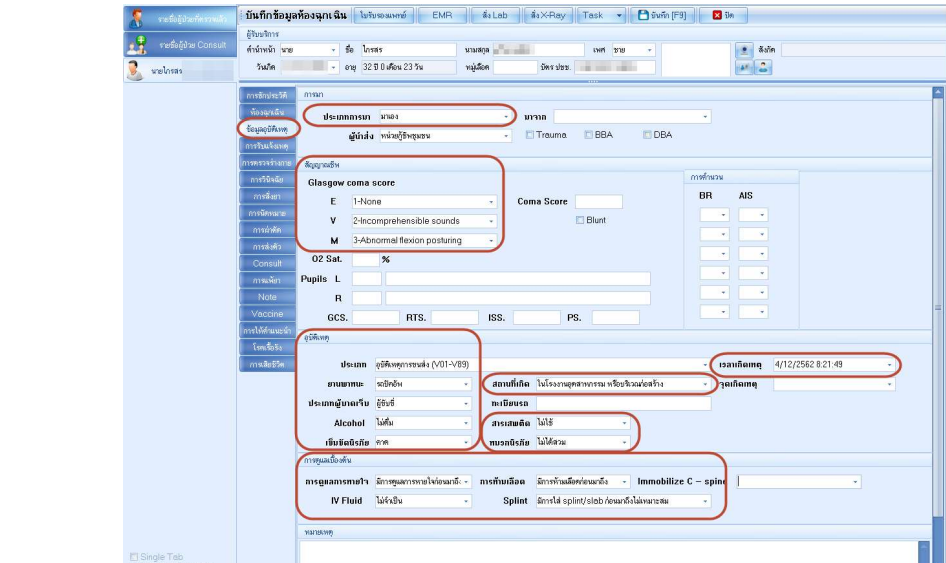
วันที่/เวลา ออกจากห้อง ER ใช้เวลาปัจจุบัน

สถานะผู้ป่วยออกจากห้อง ER

17

 **ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT**

2. ER Register List >> ข้อมูลอุบัติเหตุ



รายการประวัติ

บันทึกข้อมูลห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยบริการ: คำนวณ นาย โทสร นามสกุล เพศ ชาย

วันเกิด อายุ 32 ปี 0 เดือน 23 วัน หมู่เลือด ปีตร ปชช.

การรับเข้าห้องฉุกเฉิน

ประเภท ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ยานพาหนะ)

ประเภทการมา มาเอง (ห้องฉุกเฉิน) สภากา

แผนก ฉุกเฉิน

วันที่/เวลา ออกจากห้อง ER ใช้เวลาปัจจุบัน

สถานะผู้ป่วยออกจากห้อง ER

ข้อมูลอุบัติเหตุ

ประเภทอุบัติเหตุ (V01-V89)

สถานที่เกิด ในโรงพยาบาลนอกหรือชุมชน/องค์กร

รถพยาบาล

Alcohol ไม่ดื่ม

พิษหรือยาเสพติด

การดูแลเบื้องต้น

การดูแลการบาดเจ็บ

IV Fluid ไม่ได้รับ

Splint

Immoblize C - spine

18

CHRONIC

นิยาม : ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. สํารวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

19



ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม CHRONIC

Nurse >> Nurse Workbench >>โรคเรื้อรัง

PatientNCDRegistryEditForm

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป

ตำแหน่ง: นาย - ชื่อ: เจริญ - นามสกุล: - เพศ: ชาย -

วันเกิด: 6/10/2515 - อายุ: 47 ปี 1 เดือน 30 วัน - หมู่บ้าน: - วัด: -

อาชีพ: PMH โยคะประจำตัว - โรคเรื้อรัง: คัดเลือดหัวใจ -

HN: 0002026 - โทรศัพท์: - อีเมล: - สัญชาติ: ไทย -

บ้านเลขที่: 30 - หมู่ที่: 05 - ถนน: - ตำบล: - อำเภอ: - จังหวัด: -

ข้อมูลการขึ้นทะเบียน

การขึ้นทะเบียน: ข้อมูลทะเบียนโรคเรื้อรัง

แผนการขึ้นทะเบียน: คัดเลือด, คัดเลือดเบาหวาน - เลขทะเบียนทาง: - เลขทะเบียน จ.พ.: 2603 - ออกโดย: -

ประเภทโรค: เบาหวานชนิดที่ 1 (DM Type 1) - วันที่เริ่มขึ้น: 30/9/2562 - วันที่ขึ้นทะเบียน: 5/12/2562 -

วันที่วินิจฉัย: 30/9/2562 - สถานพยาบาลที่วินิจฉัย: 106 -

สถานะปัจจุบัน: ยังรักษาอยู่ - แพทย์ผู้ดูแล: นพ.ชาติ -

☐ Pre register - ระยะเวลา: 0 - วัน - ☐ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ - ☐ Pregnancy - ☐ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากทะเบียน -

รับส่งต่อขึ้นทะเบียนจาก: - หน่วยงาน: - หน่วยงานขึ้นทะเบียน: -

หมายเลข: - NAP No.: -

ปีที่เริ่มขึ้น (พ.ศ.): 2562 -

☐ ลงรายการ - ☐ พิมพ์เอกสาร - ☐ ไม่ต้องบันทึกนี้ -

20



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม CHRONIC

ต้องกำหนดข้อมูลคลินิกเพื่อส่งออก ดังนี้ เข้าที่เมนู Tool >> OPD >> ประเภทคลินิก

รายการคลินิก

HOSPSystemSettingClinicEntryForm

ข้อมูลโรคเรื้อรัง

Log

โรคเรื้อรัง

รหัสคลินิก 001 ชื่อคลินิก คลินิกเบาหวาน

เปิดใช้งาน ☒ เป็นโรคเรื้อรัง ☒

การขึ้นทะเบียน Online Segment ID

รหัส ICD10 E119 ประเภทโรค เบาหวาน

ประเภทการจําการ

โรคเรื้อรังประเภทสังคม โรคเบาหวาน

คิวต่อจาก Kiosk

เมนู Kiosk (เมื่อมาตามนัด)

ไม่ต้องส่งออก 43 แฟ้ม ☒

ตรวจสอบสิทธิการเข้าระบบผู้ป่วย ☐

ใช้ตารางนัดหมาย OS Slot ☐

Queue Prefix

การจําการวันนัด รายการขึ้นแนบนำนัด

การจําการวันนัด

เพิ่ม แก้ไข

ลำดับ	วันที่	จําการนัดที่	ตรวจสอบ	เวลาเริ่ม	เวลาสิ้นสุด	หมายเหตุ
<No data to display>						

ลบ บันทึก ปิด

21

SURVEILLANCE

นิยาม : ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มารับบริการ

ลักษณะเพิ่ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล


เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ :

1. การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

22



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม WOMEN

เมนู PCU >> Account 6 หรือ หน้า Nurse >> แลงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 6 >> ข้อมูลผู้รับบริการ

HOSxPPCUAccount6EntryForm

ข้อมูลการให้บริการบัญชี 6

ข้อมูลบุคคล

ตำแหน่ง	นาง	ชื่อ		นามสกุล		อายุ	44	ปี	4	เดือน	27	วัน
เพศ	หญิง	เลขที่ ปชช.		วันเกิด	26/5/2516	หมู่เลือด			RH			
บ้านเลขที่	0	ถนน		หมู่ที่	0	ชื่อหมู่บ้าน			นอกเขต			
ที่อยู่	ต.จอมหมอกแก้ว อ.แม่ลาว จ.เชียงราย											

☐ เสียชีวิต

ข้อมูลผู้รับบริการ

สถานะภาพสมรส คู่ การคุมกำเนิด สามี

สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด อื่นๆ วันที่ขึ้นทะเบียน 12/10/2560

จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิต 1 คน จำนวนแท้งบุตร 0 คน

จำนวนบุตรทั้งหมด 1 คน จำนวนการตายในครรภ์ 0 คน

25

FP

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : บริการ

ขอบเขตข้อมูล :

- หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ผู้ชายที่มารับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย


เวลา/รอบที่ทำการบิน :

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ :

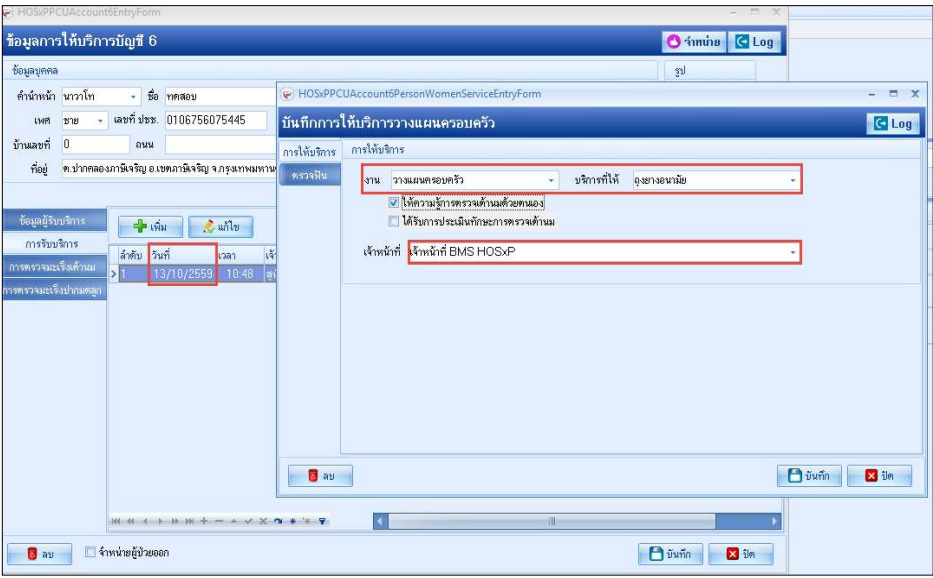
- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถมีได้มากกว่า 1 record

26



ตัวอย่างการลงข้อมูลแฟ้ม FP

เมนู PCU >> Account 6 หรือ หน้า Nurse >> แถบงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 6 >> การรับบริการ



27

PRENATAL

นิยาม : ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มสะสม

ขอบเขตข้อมูล :

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

เวลา/รอบที่ทำการบิน :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ :

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

28



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม PRENATAL

2. แถบตรวจก่อนคลอด >> แถบผลการตรวจ Lab

Lab ID	Lab Name	Result	Status
1	ตรวจ VDRL ครั้งที่ 1	neg	✓
2	ตรวจ VDRL ครั้งที่ 2	neg	✓
3	ตรวจ HIV ครั้งที่ 1	neg	✓
4	ตรวจ HIV ครั้งที่ 2	neg	✓
5	ตรวจ OF	neg	✓
6	ตรวจ HCT ครั้งที่ 1	34	✓
7	ตรวจ HCT ครั้งที่ 2	31	✓

31

ANC

นิยาม : ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม : บริการทั้งสำรวจ

ขอบเขตข้อมูล :

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น


เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

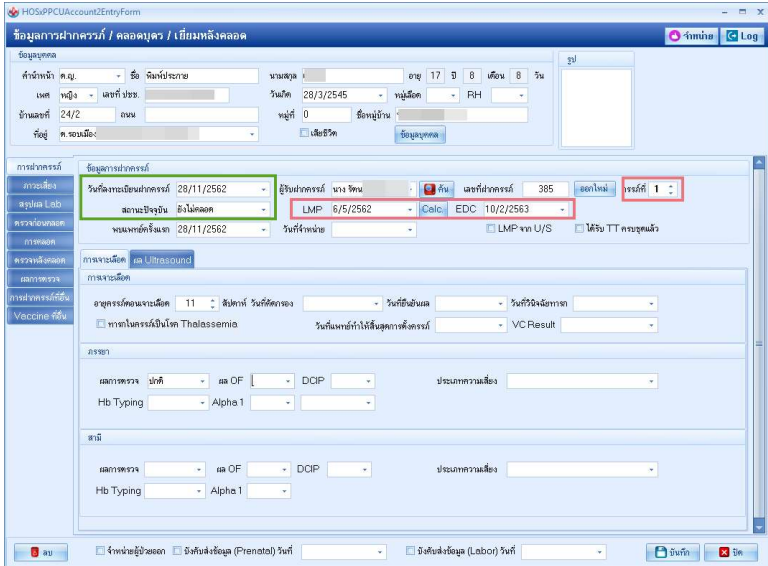
หมายเหตุ : 1. ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม PRENATAL

2. การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record


32

 ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ANC

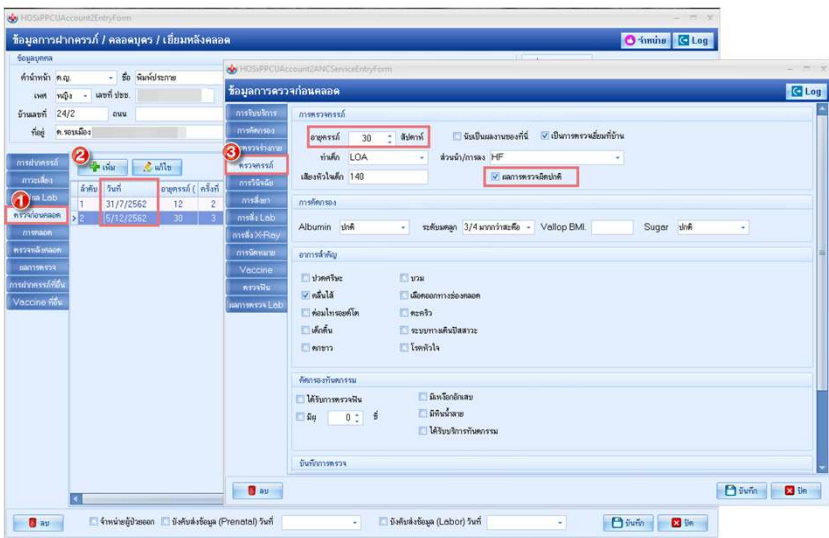
1. เมนู PCU >> Account 2 หรือ Nurse >> แลงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 2



33

 ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม ANC

2. แลตรวจก่อนคลอด >> แลตรวจครรภ์



34



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม LABOR

2. IPD >> แถบข้อมูลการฝากครรภ์

ข้อมูลการ Admit ผู้ป่วย

การฝากครรภ์: 1 - ปรับปรุงข้อมูลจาก ANC

จำนวน: 1 ครั้ง อายุครรภ์ครั้งสุดท้าย: 12 สัปดาห์: 0 วันอายุครรภ์สุดท้าย: 0 เดือน: 0

G 0 TP 0 Pre 0 A 0 L 0

LMP: 8/12/2559 Calc: EDC: 15/9/2560

☐ คลอดก่อนวันโรงพยาบาล ☒ LMP จาก U/S

ลำดับ	Lab	ผลการตรวจ	ผลการอ้างอิง
2	HBsAg		
3	HCT		
4	Thalassemia		
5	VDRL		

ผู้บันทึก: ศาสตราจารย์ระบบ

ชื่อ: นามสกุล:

ประวัติการฝากครรภ์:

☐ พิมพ์เอกสาร ☐ ไม่ค่อยมีประวัติทำงาน ☐ No Resync Data

37



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม LABOR

3. IPD >> แถบข้อมูลการวินิจฉัย

ข้อมูลการ Admit ผู้ป่วย

การวินิจฉัย: 1 - ปรับปรุงข้อมูลจาก ANC

จำนวน: 1 ครั้ง อายุครรภ์ครั้งสุดท้าย: 12 สัปดาห์: 0 วันอายุครรภ์สุดท้าย: 0 เดือน: 0

G 0 TP 0 Pre 0 A 0 L 0

LMP: 8/12/2559 Calc: EDC: 15/9/2560

☐ คลอดก่อนวันโรงพยาบาล ☒ LMP จาก U/S

ลำดับ	Lab	ผลการตรวจ	ผลการอ้างอิง
2	HBsAg		
3	HCT		
4	Thalassemia		
5	VDRL		

ผู้บันทึก: ศาสตราจารย์ระบบ

ชื่อ: นามสกุล:

ประวัติการฝากครรภ์:

☐ พิมพ์เอกสาร ☐ ไม่ค่อยมีประวัติทำงาน ☐ No Resync Data

38



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม LABOR

4. PCU >> Account 2 >> แถบการคลอด

ข้อมูลการฝากครรภ์ / คลอดบุตร / เยี่ยมหลังคลอด

ข้อมูลบุคคล

คำนำหน้า นามสกุล อายุ 77 ปี 5 เดือน 5 วัน

เพศ หญิง เลขที่ ประช. วันเกิด 1/7/2485 หมู่เกิด RH

บ้านเลขที่ 0 ถนน หมู่ที่ 0 ชื่อหมู่บ้าน

ที่อยู่ ☐ เสียชีวิต

การฝากครรภ์

การเสี่ยง วันที่คลอด 6/12/2562 สถานที่คลอด โรงพยาบาล ผู้ที่คลอด แม่

สรุปผล Lab วิธีการคลอด NORMAL สถานพยาบาลที่คลอด 00001

ตรวจก่อนคลอด ผลวินิจฉัยการคลอด O800 Single spontaneous delivery - Spontaneous vertex delivery

การคลอด จำนวนคืนกักมีรีฟ 1

ตรวจหลังคลอด จำนวนคืนกักไร้รีฟ 0

ผลการตรวจ

การฝากครรภ์ที่อื่น

Vaccine ที่อื่น

ต้องตึก และระบุวันที่ต้องการส่งออก Labor

☒ จึงส่งข้อมูล (Labor) วันที่ 5/12/2562

*** หากพบว่าข้อมูลไม่ส่งออกเพิ่ม Labor ให้สังเกตว่า ได้ตึก และระบุวันที่ต้องการส่งออกเพิ่ม Labor หรือยัง

39

POSTNATAL

นิยาม : ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ
ลักษณะเพิ่ม : บริการกึ่งสำรวจ

ขอบเขตข้อมูล :

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
2. การให้บริการหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

40

NEWBORN

นิยาม : ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

ลักษณะเพิ่ม : บริการกึ่งสำรวจ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

เวลา/รอบที่ทำการบิน :

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ
2. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ

หมายเหตุ :

1. ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด

43



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NEWBORN

1. เมนู PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แถบงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แถบการคลอด

ข้อมูลการให้บริการบัญชี 3

ชื่อผู้คลอด: นามสกุล: อายุ: เดือน: วัน:

เพศ: เลขที่ประจำตัว: วันที่เกิด: หมู่เลือด:

บ้านเลขที่: ถนน: หมู่ที่: ชื่อหมู่บ้าน:

ที่อยู่:

รูป

ข้อมูลการคลอด

มารดา: นามสกุล: อายุ: เดือน: วัน:

ครรภ์ที่: คนที่: น้ำหนัก: สถานะ: ชื่อสถานที่คลอด: ชื่อสถานศึกษา: อายุครรภ์: สัปดาห์:

วิธีการคลอด: น้ำหนักแรกคลอด: กilo ความยาว: เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะ: เซนติเมตร หัวใจแรกคลอด: ต่อคตเดียว:

วันที่เกิด: เวลาเกิด: ภาวะ BA: ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia:

☐ มีการตรวจเลือดก่อนคลอด ☐ Apgar score 1 นาที:

☒ ได้รับ Vitamin K ☐ Apgar score 5 นาที:

ผลการตรวจจากห้องคลอด: ☒ ได้รับการตรวจหัวใจด้วยหัวใจ ☐ วันที่: ที่:

☐ ปกติ ☐ ไม่ได้รับการตรวจหัวใจด้วยหัวใจ ☐ วันที่:

☐ ตีไม่ปกติ ☐ ได้รับการรักษาหัวใจ ☐ วันที่:

ผลการตรวจหัวใจด้วยหัวใจ: ตรวจ Thyroid ที่:

☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ☐ TSH:

☐ ตีไม่ปกติ ☐ ไม่ตรวจ

ต้องเด็ก และระบุวันที่ต้องการส่งออกเพิ่ม newborn

☐ ส่ง ☐ จำหน่ายข้อมูล ☒ บันทึกส่งข้อมูล 43 นาที วันที่:

*** หากพบว่าข้อมูลไม่ส่งออกเพิ่ม Newborn ให้สังเกตว่า ได้เด็ก และระบุวันที่ต้องการส่งออกเพิ่ม Newborn หรือยัง

44

NEWBORN_CARE

นิยาม : ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะเพิ่ม : บริการกึ่งสำรวจ

ขอบเขตข้อมูล :

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก :

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ :

1. ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
2. การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

45



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NEWBORN_CARE

1. เมนู PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แถบงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แถบการคลอด

46



ตัวอย่างการลงข้อมูลเพิ่ม NEWBORN_CARE

1. เมนู PCU >> Account 3 หรือ Nurse >> แถบงานส่งเสริมสุขภาพ >> บัญชี 3 >> แถบตรวจหลังคลอด

ข้อมูลการเยี่ยมหลังคลอด

วันที่: 6/12/2562 สถานที่: โรงพยาบาล

ครั้งที่: 1 ผู้เยี่ยม:

อาหารที่รับประทาน: นมแม่และนมผสม

ผลการตรวจร่างกาย: ปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปกติ
1	ละออง	<input checked="" type="checkbox"/>
2	ผิวหนัง	<input checked="" type="checkbox"/>
3	ปัสสาวะ	<input checked="" type="checkbox"/>
4	อุจจาระ	<input checked="" type="checkbox"/>
5	อุณหภูมิ	<input checked="" type="checkbox"/>

หมายเหตุ: