

แนวทางบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพและการให้รหัส ICD-10-TM
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ตุลาคม 2560

คำนำ

แนวทางบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพและการให้รหัส ICD-10-TM ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฉบับนี้ รวบรวมเฉพาะหลักการสำคัญเบื้องต้น จากคู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และความรู้พื้นฐานการใช้รหัสโรคและรหัสผ่าตัดตามระบบ ICD 10 วรรษา เปาอินทร์ 2558 มาเรียบเรียงให้เข้าใจง่าย เพื่อบุคลากรทุกระดับที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการสุขภาพและให้รหัส ICD 10 ส่วนรายละเอียดและคู่มือ และแนวทางต่างๆ ในการบันทึกข้อมูล สามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน หัวข้อ ดาวโหลด คู่มือ หรือเว็บไซต์ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ <http://thcc.or.th/>

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพและการให้รหัส ICD-10-TM ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉบับนี้จะช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลและการให้รหัสในสถานพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ครบคลุมข้อมูลการให้บริการ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการประมวลผลวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ตุลาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
แนวทางมาตรฐานในการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ	1
1. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรก สำหรับการเจ็บป่วยคราวนั้น	
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว	2
3. การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	2
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย	3
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในศูนย์ข้อมูล	4
รายละเอียดการและตัวอย่างการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ	7
แนวทางในการให้รหัสมาตรฐาน (Standard Coding)	12
หลักการจัดรหัส ICD 10	13
การเตรียมข้อมูลก่อนการให้รหัส	14
ขั้นตอนการให้รหัส	15
หลักเกณฑ์การให้รหัส	15
มาตรฐานการให้รหัส ICD10 TM ของผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ	15
มาตรฐานการให้รหัส ICD10 TM ของผู้รับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย	16
มาตรฐานการให้รหัสผู้รับบริการติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยนัดตรวจโรคเรื้อรัง	16
มาตรฐานการให้รหัสผู้ป่วยที่ขอใบส่งตัว และกรณีอื่น ๆ	17
การเลือกรหัสโรคหลักและรหัสอื่นๆ ในระบบ ICD 10 TM for PCU	18

.....

แนวทางมาตรฐานในการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ แบ่งได้ตามลักษณะบริการเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. บริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย
2. บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่สถานพยาบาล ซึ่งอาจเรียกว่า ผู้ป่วย ควรใช้หลักการของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ โดยมี รายละเอียดดังนี้

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วยคราวนั้น

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ก. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ชื่อสกุล เพศ อายุ ที่อยู่ ของผู้ป่วย วันเวลาที่มารับรักษา และชื่อผู้รักษา โดยส่วนที่เป็นชื่อผู้รักษาซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

ข. ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็นรายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และอาจประวัติอดีต ประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

ค. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น สีต เลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากขึ้นตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

ง. การวินิจฉัย/การวินิจฉัยแยกโรค เมื่อบันทึกประวัติ และการตรวจร่างกายแล้ว ต้องควรบันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช่คำย่อ (เช่น DM) ไม่เป็นคำกำกวม (เช่น URI) ต้องไม่ใช่คำบรรยายรหัส ICD เป็นคำวินิจฉัยโรค และ คำวินิจฉัยโรค ต้องบอก ชื่อโรค ชนิดโรคและตำแหน่งที่เป็นโรคให้ชัดเจน

จ. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากบันทึกประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยแล้ว บางโรคต้องการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่จำเป็นและสำคัญคือ บันทึกการตรวจทั้งหมดที่สั่ง

ฉ. การรักษา ส่วนที่สำคัญคือ การบันทึกการรักษา ซึ่งได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการ การให้ยาทุกขนาน พร้อมขนาดยา และการให้คำแนะนำ

ช. หัตถการและการทำผ่าตัดเล็ก ต้องบันทึกสิ่งที่ตรวจพบระหว่างทำหัตถการ วิธีรับความรู้สึก และวิธีการทำหัตถการโดยสรุป อาจวาดภาพประกอบ บอกรายละเอียดการทำในแต่ละขั้นตอนรวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น วัสดุเย็บแผล เป็นต้น

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจติดตามหลังได้รับการรักษาไปแล้ว

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ก. ประวัติการติดตาม บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคเบาหวาน บันทึกประวัติอาการของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย กินเก่ง น้ำหนักลด อาจบันทึกอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเป็นลม หิว ใจสั่น เหงื่อแตก อาการโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น ชาปลายมือ ปลายเท้า บวม ตามัว

ข. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามโรคที่มาติดตาม เช่น มาตรวจโรคความดันโลหิตสูง ควรวัดความดันโลหิต มาล้างแผลหลังการทำแผล ต้องบันทึกลักษณะแผล อาจบันทึกการตรวจร่างกายที่เป็นโรคแทรกซ้อน เช่น วัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นประหมื่นว่าเกิดไข้จากแผลติดเชื้อหรือไม่

ค. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึกการแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจระดับ Fasting plasma glucose ได้ 135 มก./ดล. HbA1c 8.0% แปลผลว่าระดับการควบคุมยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือ FPG < 130 มก./ดล. HbA1c < 7.0% เป็นต้น

ง. การวินิจฉัย บันทึกการวินิจฉัย โดยไม่ใช้คำย่อ เช่น Hypertension ไม่เขียน HT อาจบันทึกให้สมบูรณ์ โดยบันทึกชนิดความรุนแรง และโรคแทรกซ้อน เช่น บันทึกว่าเป็น Diabetes Mellitus type 2 กลุ่มเสี่ยงต่ำ และมีโรคแทรกซ้อนเป็น Diabetic ulcer left foot

จ. การรักษา บันทึกการรักษา เช่น ชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการรักษาวิธีอื่น เช่น การแนะนำ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อาจบันทึกรายละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยา เพิ่มหรือลดชนิดของยาใด พร้อมคำแนะนำและอธิบายเหตุผล

ฉ. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย แต่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค เช่น มารับยาคุมกำเนิด มารับวัคซีนป้องกันโรค มาตรวจคัดกรองโรค แล้วไม่พบว่าเป็นโรค (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ แต่ผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ ให้ใช้หลักการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกรณีที่มาตรวจรักษาครั้งแรก)

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

ก. เหตุผลการมา ให้ระบุประเภทของบริการและรายละเอียด เช่น มารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เข็มที่ 4 มารับยาคุมกำเนิดครั้งแรก มาฝากครรภ์ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เป็นต้น

ข. การตรวจร่างกายที่จำเป็น บันทึกตรงตามลักษณะของบริการ เช่น เด็กมารับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักเมื่ออายุ 6 เดือน ต้องบันทึกการตรวจร่างกาย และการตรวจพัฒนาการของเด็ก มาฝากครรภ์ ต้องบันทึกรายละเอียดการฝากครรภ์ ตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูลผู้มาฝากครรภ์

ค. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วน อาจบันทึก

การแปลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นว่าผลเป็นอย่างไร

ง. การรักษา บันทึกการให้ยา (ถ้ามี) มีรายละเอียดชื่อยา พร้อมขนาดยา และวิธีรับประทาน รวมทั้งการแนะนำ การดูแล การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และกำหนดนัดครั้งต่อไป

จ. ชื่อผู้ให้บริการ ต้องมีชื่อ นามสกุลบันทึกไว้ให้อ่านออกได้ชัดเจน ไม่เป็นลายเซ็นเพียงอย่างเดียว

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน (กระดาษ) และการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่เป็นกระดาษ เช่น OPD Card แฟ้มผู้ป่วยหรือ Family Folder เป็นวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว สามารถบันทึกให้ตรงตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด ได้โดยง่าย แต่มีข้อควรระวัง คือ ผู้บันทึกต้องระมัดระวังอย่าเขียนหวัด จะทำให้ผู้ที่มาอ่านข้อมูล ไม่สามารถอ่านออกได้ การบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์โดยผ่านโปรแกรมต่างๆ เป็นวิธีการป้องกันปัญหาการอ่านไม่ออกได้แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก ซับซ้อนกว่า บางครั้งต้องเปิดหน้าจอโปรแกรมหลายขั้นตอน และจะทำได้หากคอมพิวเตอร์เสีย หรือไฟดับ และมีข้อควรระวัง คือ หากผู้เขียนโปรแกรมไม่เข้าใจแนวทางมาตรฐานและลักษณะของข้อมูลต่างๆ อาจออกแบบโปรแกรมผิดพลาด ทำให้ข้อมูลสำคัญหายไปจากระบบ เช่น ในอดีตพบว่าผู้เขียนโปรแกรมในประเทศไทยจำนวนมากคิดว่า รหัส ICD ใช้แทนคำวินิจฉัยโรคได้ จึงไม่ทำโปรแกรมให้บันทึกคำวินิจฉัยโรค ผลเสียที่เกิดขึ้นก็คือ คำวินิจฉัยของผู้ป่วยทุกรายไม่มีอยู่ในระบบ ไม่สามารถบอกได้ว่าครั้งก่อน ผู้ป่วยเคยเป็นโรคอะไร เป็นโรคตำแหน่งไหน มีรายละเอียดของโรคเป็นอย่างไร ต้องดำเนินการแก้ไขโปรแกรม แต่ก็พบว่า ข้อมูลหายไปเป็นจำนวนมากแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ควรดำเนินการโดยสม่ำเสมอเป็นระยะ เช่น ดำเนินการทุกๆ 3-4 เดือน ปีละ 3-4 ครั้ง เพื่อวัดคุณภาพข้อมูล ให้รู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอันทำให้เกิดข้อมูลคุณภาพต่ำ เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพดีขึ้นและพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วย สามารถทำได้หลายระดับในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยสถานพยาบาล เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบภายใน ทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้มารับบริการจำนวนหนึ่ง แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจว่า สถานพยาบาลมีข้อมูลที่มีคุณภาพดี สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนาได้
2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ จังหวัด เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับอำเภอ หรือ จังหวัด ทำโดยการสุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสถานพยาบาลที่มีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูล รู้สถานการณ์คุณภาพข้อมูลในระดับอำเภอ หรือจังหวัด เพื่อนำไปกำกับ ดูแล ช่วยพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพข้อมูลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยเขตบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจสอบของทีมตรวจสอบระดับเขตบริการสุขภาพ หรือ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำผลการตรวจสอบของจังหวัดมาวิเคราะห์เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาคุณภาพข้อมูลในจังหวัดต่างๆ และนำผลการวิเคราะห์มากำหนดมาตรฐานหรือวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ เพื่อใช้วางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพในระดับเขตหรือระดับชาติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในศูนย์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในศูนย์ข้อมูลจะดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยผู้ดูแลคุณภาพข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ และเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการโดยสม่ำเสมอเป็นระยะ เช่น ดำเนินการทุกๆ 3-4 เดือน ปีละ 3-4 ครั้ง เพื่อวัดคุณภาพข้อมูล ให้รู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอันทำให้เกิดข้อมูลคุณภาพต่ำ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพดีขึ้นและพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้านรหัส ICD ในศูนย์ข้อมูล มักจะต้องดำเนินการโดยใช้คอมพิวเตอร์วิเคราะห์ รหัส ICD ที่อยู่ในแฟ้มข้อมูลซึ่งส่งมาจากสถานพยาบาลต่างๆ โดยควรตรวจสอบตามกฎเกณฑ์ของ ICD ดังนี้

- A. กฎการใช้รหัส ICD ให้ถูกต้องตามบริบทผู้ป่วย
- B. กฎการใช้รหัสตามแนวทางมาตรฐาน ICD-10-TM vol. 3
- C. กฎการไม่ใช้รหัสที่ไม่สมควรใช้

A. กฎการใช้รหัส ICD ให้ถูกต้องตามบริบทผู้ป่วย

เป็นการตรวจสอบตามกฎการใช้รหัส ICD ในผู้ป่วยเพศชายและหญิงตามมาตรฐานของ ICD-10 [2] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

A1. รหัส ICD ที่ใช้ได้กับผู้ป่วย ชาย เท่านั้น ได้แก่รหัส B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5

A2. รหัส ICD ที่ใช้ได้กับผู้ป่วย หญิง เท่านั้น ได้แก่รหัส A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5

การตรวจสอบทำได้โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตรวจรายการรหัสที่ผิดเพศ แล้วคำนวณ จัดทำรายงานออกมาเป็น จำนวนหรือสัดส่วนการให้รหัสผิดเพศ

B. กฎการใช้รหัส ICD ให้ตามแนวทางมาตรฐาน ICD-10-TM vol. 3

เป็นการตรวจสอบตามกฎการใช้รหัส ICD ตามแนวทางการบันทึกข้อมูลบริการ คำวินิจฉัยโรคและการให้รหัส ICD-10-TM for PCU vol.3 [3] ใช้ตรวจสอบการให้รหัสผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กฎ	รายละเอียดการตรวจสอบและรายงานผล
B1 : การให้รหัสผู้ที่มารับบริการบำบัดรักษา ความเจ็บป่วยเป็น ผู้ป่วยนอก ที่รพ.สต. จะต้องไม่มี รหัส Z เป็นรหัสโรคอื่นๆ รวม ยกเว้น Z11.0 - Z13.9	ตรวจสอบผู้ป่วยนอกทุกรายที่มีรหัสโรคหลักอยู่ในหมวด A-T จะต้องไม่มีการใช้รหัส Z ร่วมด้วยในการมารับบริการครั้งนี้ ยกเว้น Z11.0-Z11.9, Z12.0-Z12.9 และ Z13.0 - Z13.9 ที่ไม่เป็นการคัดกรองระบบเกี่ยวกับโรคหลัก รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B2 : ห้ามใช้รหัส V,W,X,Y เป็นรหัสโรคหลัก	ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีรหัสโรคหลักอยู่ในหมวด V,W , X,Y รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และ สัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B3 : การให้รหัส S และ T ในผู้ป่วยรายใดต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกพร้อมด้วยเสมอ	ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีการให้รหัสในหมวด S,T ต้อง มีการให้รหัส V,W,X,Y ร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งรหัสเสมอ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B4 : การให้รหัส ผู้ป่วยนอก ที่มารับวัคซีน ป้องกันโรค ไม่ต้องใส่รหัสการตรวจร่างกาย การตรวจสุขภาพ	ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่มีการให้รหัสในหมวด Z23.0-Z27.9 ต้องไม่มีการให้รหัส Z00.0-Z00.9, Z01.0-Z01.9, Z02.0-Z02.9 ร่วมด้วย รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B5 : การฉีดยา พ่นยา เหน็บยา และการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายรูปแบบต่างๆ ไม่ต้องให้รหัส	ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส 901-81-70, 903-81-70, 908-81-70 หรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B6 : การให้รหัส Z76.8 ใช้กับผู้ป่วยที่มาขอรับยาหรือรับอุปกรณ์โดยไม่เป็นเหตุ ห้าม	ใช้รหัส Z76.8 ร่วมกับรหัสอื่น ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส Z76.8 ร่วมกับรหัสอื่นในการให้บริการครั้งนี้หรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B7 : การให้รหัส O80.0-O84.9 เป็นโรคหลัก ต้องไม่มีรหัส O ตัวอื่นร่วมอยู่ในการรักษาครั้งนี้	ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส O80.0-O84.9 ร่วมกับรหัส O ตัวอื่นในการให้บริการครั้งนี้หรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B8 : ห้ามใช้รหัส T31.0-T31.9 ซึ่งเป็นรหัสบอกเปอร์เซ็นต์การเกิดแผลไหม้เป็นรหัสโรคหลัก	ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส T31.0-T31.9 เป็นรหัสโรคหลักในผู้ป่วยรายใดหรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด

กฎ	รายละเอียดการตรวจสอบและรายงานผล
B9 : การให้รหัส V00-Y34 ต้องให้รหัสรวม 5 ตัวอักษรเสมอ	ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส V00-Y34 โดยใช้ตัวเลขไม่ครบห้า ตัวอักษรหรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด
B10 : การให้รหัส Z47.0-Z47.9 และ Z48.0 – Z48.9 ต้องไม่ใช้ร่วมกับรหัสกลุ่ม S หรือ T ในการรักษาครั้งนี้	ตรวจสอบว่ามีการใช้รหัส Z47.0-Z47.9, Z48.0-Z48.9 ร่วมกับรหัสกลุ่ม S หรือ T ในการให้บริการครั้งนั้นหรือไม่ รายงานผลการตรวจสอบเป็นจำนวน และสัดส่วนรหัสที่ผิดพลาด

C. กฎการไม่ใช้รหัส ICD ที่ไม่สมควรใช้

รหัส ICD หลายตัวจัดเป็นรหัสที่ไม่สมควรนำมาใช้ในประเทศไทย เพราะเป็นรหัสที่บ่งชี้ถึง ความด้อยคุณภาพในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ พยาบาล และความด้อยคุณภาพของผู้ให้รหัส เช่น รหัสที่จัดกลุ่มโรคเป็นโรคที่ไม่รู้ว่าเกิดขึ้นที่ส่วนใดของร่างกาย หรือ เป็นรหัสกลุ่มโรคกำกวม ซึ่งไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ในประเทศใน รายการรหัส ICD ที่ไม่สมควรใช้ ได้แก่รหัสต่อไปนี้

C1 : รหัส ICD ที่เป็นรหัสแสดงความด้อยคุณภาพของสถานพยาบาล J06.9, D22.9, L02.9, L03.9, T07, T14.0-T14.9, Z34.9

การตรวจสอบทำได้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตรวจรายการรหัสที่เป็นรหัสแสดงความด้อยคุณภาพของสถานพยาบาลตามกฎ C1 แล้วคำนวณ จัดทำรายงานออกมาเป็น จำนวนหรือสัดส่วนการให้รหัสด้อยคุณภาพ

การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผลการตรวจสอบตามกฎ :

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฎ ณ Data Center

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ การตรวจสอบกฎ 1 ข้อ อยู่ใน 1 บรรทัด
- คำนวณสัดส่วนความผิดพลาด จากจำนวน case ที่ผิดพลาด หาดด้วยจำนวน case ทั้งหมด แสดงผลเป็นร้อยละ

ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการให้รหัส ICD ตามกฎระหว่างสถานพยาบาล

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ คะแนนคุณภาพสถานพยาบาล 1 แห่ง อยู่ใน 1 บรรทัด
- ใช้เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละสถานพยาบาล และติดตาม กำกับดูแลต่อไป

รายละเอียดการและตัวอย่างการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ

โครงสร้าง หัวข้อการซักประวัติผู้ป่วยตามมาตรฐานการซักประวัติ

- ลักษณะผู้ป่วย (Patient Profile) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา
- อาการสำคัญ (Chief Complaint)
- ประวัติปัจจุบัน (Present Illnesses)
- ประวัติอดีต (Past History)
- ประวัติครอบครัว (Family History)
- ประวัติทางสังคม (Social History)
- ทบทวนอาการตามระบบ (Review of System)

ลักษณะผู้ป่วย

เป็นการบรรยายสั้นๆเพื่อสรุปลักษณะของผู้ป่วย โดยกล่าวถึง เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ที่อยู่ โดยส่วนใหญ่จะบันทึกไว้ไม่เกิน 1-2 บรรทัด ดังตัวอย่างเช่น

“ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 25 ปี อาชีพขับจักรยานยนต์รับจ้าง บ้านอยู่ปทุมธานี”

“ผู้ป่วยหญิงจีนสมรสแล้ว อายุ 38 ปี อาชีพค้าขาย บ้านอยู่ลาดพร้าว”

“ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 69 ปี ไม่ได้ทำงาน บ้านอยู่ดอนเมือง”

อาการสำคัญ

เป็นการบรรยายสั้นๆไม่เกิน 1 บรรทัด เพื่อบอกอาการสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาหาแพทย์รักษา และระยะเวลาที่เป็นอาการนั้น นับจากเวลาเมื่อเริ่มเกิดอาการจนถึงเวลาที่มาพบแพทย์ ดังตัวอย่างเช่น

“ปวดท้อง 3 ชั่วโมง”

“ไข้ หนาวสั่น 1 วัน”

“ตาเหลือง 5 วัน”

ประวัติปัจจุบัน

เป็นการบรรยายอาการสำคัญโดยขยายความให้มีรายละเอียดมากขึ้น โดยอธิบายตามลำดับเวลา เริ่มต้นจากเหตุการณ์เมื่อเริ่มเกิดอาการสำคัญจนมาถึงวันที่พบกับแพทย์ รายละเอียดในส่วนนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- ☐ รายละเอียดอาการสำคัญ
- ☐ อาการอื่นที่พบร่วม
- ☐ อาการอื่นที่ไม่พบร่วมกับอาการสำคัญ
- ☐ การรักษาที่ผู้ป่วยอาจได้รับก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี้

ตัวอย่าง การเขียนประวัติปัจจุบันได้แก่

(อาการสำคัญ ปวดท้อง 3 ชั่วโมง)

“3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยกำลังดูโทรทัศน์อยู่ที่บ้าน รู้สึกปวดท้องอย่างมาก ทันทันทันใด และรู้สึกหน้ามืดเหมือนจะเป็นลม ต้องนอนลงใช้มือกุมหน้าท้อง ภรรยาช่วยขยายาผงที่ลดกรดในกระเพาะใส่น้ำให้กิน ผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกดีขึ้นเล็กน้อย นิ่งพักต่อ

2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องเป็นมากขึ้น ปวดจุกแน่น ตลอดเวลา ไม่บรรเทาลง ปวดมากบริเวณลิ้นปี่ ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่มีท้องเสีย ผู้ป่วยจึงไปพบแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน แพทย์ฉีดยาแก้ปวดให้ 1 เข็ม แล้ว แนะนำให้มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมาที่โรงพยาบาล”

(อาการสำคัญ ตาเหลือง 5 วัน)

“5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล บุตรที่อยู่กับผู้ป่วยเริ่มทักว่า ดูตาผู้ป่วยเหมือนตาเหลือง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการอะไร ไม่มีไข้ ไม่คัน ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน จึงไม่ได้ไปตรวจรักษา

ประวัติอดีต

เป็นการบรรยายความเจ็บป่วยและโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาในอดีต โดยอาจจะเป็นโรคที่ยังคงเป็นมาจนถึงปัจจุบัน หรือโรคที่ได้รับการรักษาจนหายไปแล้ว รายละเอียดในส่วนนี้ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- ☐ โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยในอดีต และรักษาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน
- ☐ โรคสำคัญอื่นที่เคยเป็นและรักษาหายไปแล้วแต่แพทย์คิดว่าอาจส่งผลมาถึงในปัจจุบัน
- ☐ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน
- ☐ การผ่าตัดสำคัญในอดีต
- ☐ หากผู้ป่วยเป็นผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรบันทึกประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีตไว้ด้วย

ตัวอย่าง การเขียนประวัติอดีต ได้แก่

“ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัย เมื่อ 10 ปีก่อน รักษาโดยการกินยา ต่อเนื่อง รับประทานจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เคยเป็นโรคตับอักเสบจากไวรัสบี เมื่อ 15 ปีก่อน รักษาหายแล้ว โดยแพทย์แจ้งว่าผลการตรวจเลือดไม่พบว่ามีเชื้อไวรัสอยู่

6 เดือนก่อน เคยมีอาการแขนซ้ายอ่อนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์บอกว่าเป็น อัมพฤกษ์ นอนโรงพยาบาลอยู่ 1 สัปดาห์ อาการดีขึ้น แขนซ้ายมีกำลังเป็นปกติ เคยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อ 20 ปีก่อน ปัจจุบันไม่มีอาการปวดท้องเรื้อรัง”

ประวัติครอบครัว

เป็นการบรรยายโรคและสถานะสุขภาพของบุคคลครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ลูกของผู้ป่วย และคู่สมรส เพื่อมองหาความสัมพันธ์ของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยตรง เช่น ฮีโมฟีเลีย หรือโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบทางพันธุกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น การซักประวัติครอบครัวอย่างละเอียดจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเป็นไปได้โดยง่ายขึ้น

หากเป็นโรคมะเร็งร้ายด้านพันธุกรรม และยังสามารถทำให้ค้นพบโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในครอบครัวผู้ป่วย
ขยายการดูแลรักษาไปยังคนอื่นๆในครอบครัวผู้ป่วยได้ด้วย

ตัวอย่าง การเขียนประวัติครอบครัวได้แก่

“บิดาผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เมื่ออายุ 74 ปี จากโรคมะเร็งตับ มารดาผู้ป่วยอายุ 75 ปี ในปัจจุบัน มีโรค
ประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาโดยการให้ยาผู้ป่วยมีพี่และน้องสาว 3 คน พี่สาวคนโตและน้องสาวคนเล็ก
เป็นมะเร็งเต้านม รักษาโดยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด ปัจจุบันไม่มีอาการ ผู้ป่วยมีน้องชาย 1 คน มีโรค
ประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงรักษาโดยการให้ยา

ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว สามีอายุ 48 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รักษาโดยการให้ยา มีลูกชาย 2 คน
อายุ 19 และ 15 ปี ปัจจุบันศึกษาอยู่ ไม่มีโรคประจำตัว”

ประวัติสังคม

เป็นเรื่องลักษณะการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม
พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ฯลฯ แพทย์ควรซักประวัติ และ
บันทึกประวัติสังคมเสมอ เพราะมีโรคหลายโรคที่เกิดจากดำเนินวิถีชีวิตที่แตกต่างกันไป เช่น โรคติดเชื้อ
โรคมะเร็ง โรคและหัวใจหลอดเลือด เป็นต้น

ตัวอย่าง การเขียนประวัติสังคมได้แก่

“ผู้ป่วยทำงานเป็นช่างก่อสร้าง สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง มา 10 ปี ดื่มสุราสัปดาห์ละ 3-4 วัน ไม่มี
พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์”

“ผู้ป่วยทำงานบริการในไนท์คลับ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นเพื่อนกับลูกค้าสัปดาห์ละ 6 วัน ไม่มี
เพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง”

การทบทวนตามระบบ

เป็นการสอบถามอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆของร่างกายที่ผู้ป่วยอาจเคยมีอาการผิดปกติในอดีต
หรือในปัจจุบัน เริ่มจาก อาการทั่วไป แล้วไล่รายละเอียดไปตามระบบร่างกายต่างๆ จากหัวจรดเท้า ในลักษณะ
เดียวกับการตรวจร่างกาย ตามรายการดังนี้

- ☐ อาการทั่วไป
- ☐ ระบบผิวหนัง
- ☐ หัว ตา หู จมูก ลำคอ (HEENT)
- ☐ เต้านม
- ☐ ระบบหายใจ
- ☐ ระบบหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ ระบบย่อยอาหาร
- ☐ ระบบปัสสาวะ
- ☐ อวัยวะสืบพันธุ์
- ☐ ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก
- ☐ ระบบประสาท

- ☐ ระบบเลือด
- ☐ ระบบต่อมไร้ท่อ
- ☐ สภาวะทางจิต

เมื่อแพทย์สอบถามพบทวนอาการตามระบบแล้ว หากพบว่ามีอาการตามระบบที่ผิดปกติ และคิดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน แพทย์ควรนำอาการที่พบว่าผิดปกตินี้ ไปเขียนไว้ในส่วน ประวัติปัจจุบัน หรือประวัติอดีตที่เกี่ยวข้อง ไม่ควรแยกเขียนไว้ตรงส่วนนี้

ทบทวนตามระบบ

อาการทั่วไป – น้ำหนักไม่ลด ไม่อ่อนเพลีย ไม่เวียนเวียน ไม่มีหน้ามืดเป็นลม

ระบบผิวหนัง – ไม่มีผื่นขึ้นตามตัว ผิวแห้งเล็กน้อย

HEENT – ไม่ปวดหัว ตาข้างขวามัวเล็กน้อย แพทย์แนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือน ตาซ้ายเปลี่ยนเลนส์แล้ว หูตึงข้างเล็กน้อย เป็นหวัดไม่บ่อย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน มีหินปูนบ้าง ขูดหินปูนล่าสุดเมื่อ 1 ปีก่อน ไม่มีก้อนที่คอ

เต้านม – ไม่มีก้อน ไม่เจ็บที่เต้านม

ระบบหายใจ – ไม่เหนื่อยหอบ มีไอบ้างเวลาเป็นหวัด เอ็กซเรย์ปอดครั้งสุดท้าย 1 ปีก่อน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด – ไม่มีใจสั่น, ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีอาการชาบวม ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ระบบย่อยอาหาร – มีจุกแน่นท้องบางครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา กินยาธาตุน้ำแดงแล้วอาการดีขึ้น ไม่เบื่ออาหาร ถ่ายอุจจาระทุกวัน แต่บางครั้งเมื่อท้องผูกจะถ่ายทุกๆ 2 วัน ไม่เคยตรวจเอ็กซเรย์ช่องท้อง

ระบบปัสสาวะ – ถ่ายปัสสาวะได้ดี ไม่เคยถ่ายเป็นก้อนนิ่ว ไม่มีปัสสาวะเป็นสีแดง

ระบบสืบพันธุ์ – ไม่มีตกขาว ประจำเดือนหมดไปเมื่อตอนอายุ 51 ปี ตรวจภายในครั้งสุดท้าย 20 ปีก่อน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก – ไม่มีอาการปวดหลัง มีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ้างเวลาทำงานหนัก รักษาโดยการขอรืดยาจากสถานิออนามย์ใกล้บ้าน ไม่เคยมีกระดูกหัก ไม่ปวดเข่าหรือปวดตามข้อ เดินได้สะดวกดี

ระบบประสาท – ไม่มีอาการชาตามผิหนัง ไม่เคยชัก ความจำยังดีอยู่ จำลูกหลานได้ จำเหตุการณ์อดีตและปัจจุบันได้

ระบบเลือด – ไม่มีโลหิตจาง ไม่มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ไม่มีเลือดออกผิดปกติที่ใด

ระบบต่อมไร้ท่อ – ไม่มีคอพอก ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ไม่มีน้ำหนักลด

สภาวะจิต – อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดง่าย ไม่ทะเลาะกับใคร บางครั้งบ่นว่าหลานที่ดื้อและชนบ้าง เป็นห่วงกังวลว่าหลานจะไปทำความเดือดร้อนให้กับเพื่อนบ้าน

ในกรณีที่แพทย์มีเวลาไม่มาก หัวข้อที่ถามอาจถามได้ไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด แต่อย่างน้อย ก็ต้องมี อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และ ประวัติอดีตที่สำคัญ และบันทึกให้ครบ 3 หัวข้อนี้

ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคส่วนใหญ่ไม่ใช่แพทย์ จึงอาจไม่สามารถสัมภาษณ์ประวัติได้เหมือนกับที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ แต่สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการสำคัญ ได้แก่ อาการนำ (chief complaint) ระยะเวลาที่เป็น รายละเอียดของอาการ และการดำเนินโรค ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็นสำคัญ และอาจต้องใช้ประกอบการวินิจฉัยโรค ประวัติอดีต ประวัติครอบครัว การทบทวนตามระบบประวัติส่วนตัวที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ในส่วนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้”

การตรวจร่างกาย จะทำให้ได้ข้อมูลตามหัวข้อต่อไปนี้

- สภาพทั่วไปที่ปรากฏ (General Appearance)
- สัญญาณชีพ (Vital Signs)
- ศีรษะ ตา หู จมูก คอ (Head Eye Ear Nose Throat – HEENT)
- ระบบหายใจ (Respiratory System)
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System)
- ช่องท้อง (Abdominal Region)
- อวัยวะเพศ (Genital Area)
- การตรวจช่องคลอดและทวารหนัก (Per Vaginal – PV and Per Rectal Exam – PR)
- แขนและขา (Extremities)
- ระบบประสาท (Nervous System)
- สุขภาพจิต (Mental Health)

การตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยแพทย์มีรายละเอียดที่ต้องตรวจ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างการเขียนบันทึกการตรวจร่างกาย

Vital Signs BT 37.5° C, BP 130/90 mmHg, PR 100/min RR 18/min

GA a thin middle-aged woman, acutely ill, not toxic

HEENT Head: no scalp lesion, smooth texture black hair

Eyes: pupil 3 mm. both reactive to light, no pale conjunctiva, no jaundice, no limitation of eyes movement

Ears: no pinna deformity, acuity good to whispered voice

Nose: no septum deviation, no sinus tenderness, pink mucosa

Mouth: pink oral mucosa, no bleeding per gum, no injected pharynx

Neck : trachea in midline, no thyroid gland enlargement, no cervical lymph nodes enlargement

Chest Exam; not examined

Symmetric thorax, clear and equal breath sound, no adventitious sound

Regular S1 and S2, no S3 , no S4, no murmur, no heave , no thrill

Abdomen soft, not distended, no tender, no guarding

Liver span 7 cm at right midclavicular line, no mass

Active bowel sound. Tympany on percussion

Groin and Genitalia no swelling or hernia at both groins

Genitalia not examined

Extremities no deformity, no edema, warm, not tender, no limitation of movements

Nervous System

Mental Status tense but alert and cooperative

Cranial Nerves: pupil 3 mm both reactive to light, no facial palsy, no tongue deviation

Motor : muscle power strength 5/5 all extremities

Sensory : no decrease pain and temperature sensory

Reflex : 2+ all Barbinski's sign : dorsiflex

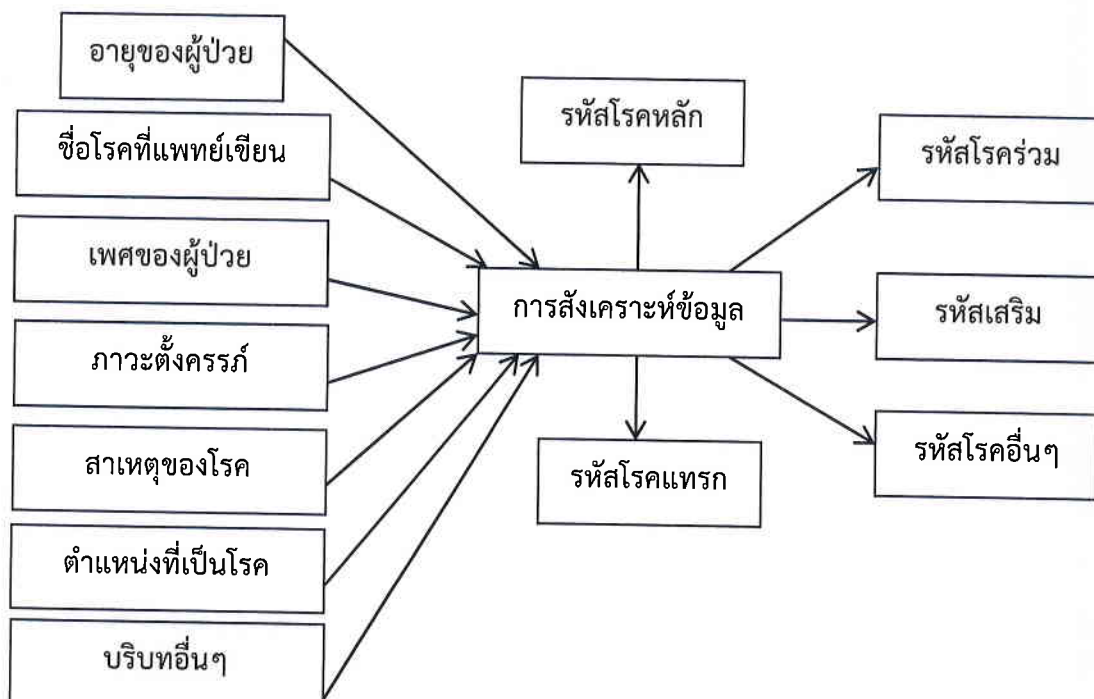
ในกรณีที่แพทย์มีเวลาไม่มาก หัวข้อที่ตรวจอาจได้ไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด แต่อย่างน้อย ก็ต้องมี ผลการตรวจร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เจ็บป่วย และบันทึกไว้ให้ชัดเจนในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจรักษา โรคส่วนใหญ่ไม่ใช่แพทย์ จึงอาจไม่สามารถตรวจร่างกายได้เหมือนกับที่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการ แต่สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการเก็บรวบรวมผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การบันทึกเฉพาะส่วนตามอาการนำ เช่น มาตรวจด้วยอาการปวดท้อง บันทึกการตรวจเฉพาะการตรวจช่องท้อง ควรบันทึกการตรวจร่างกายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชีต เหลือง ตรวจร่างกายระบบปอด และหัวใจที่อาจเป็นรอยโรคที่ทำให้ปวดร้าวมาช่องท้องได้ ส่วนนี้เป็นส่วนที่จำเป็น และสำคัญ การบันทึกอาจมีรายละเอียดมากน้อยตามความสำคัญของระบบร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้”

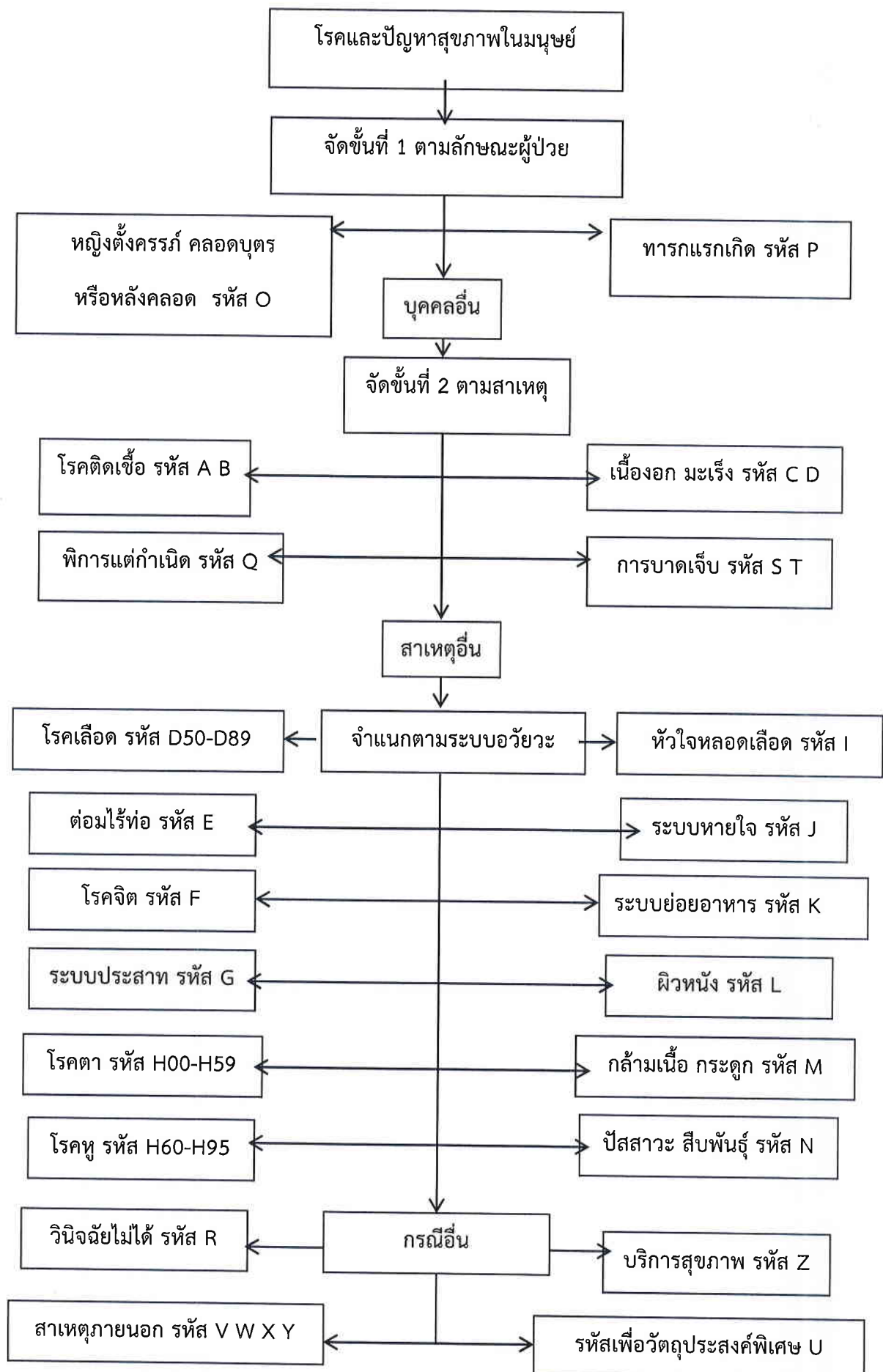
แนวทางในการให้รหัสมาตรฐาน (Standard Coding)

ในปัจจุบันเครื่องมือมาตรฐานในการให้รหัสโรคที่สมบูรณ์มากที่สุด (Gold standard) คือ หนังสือ ICD 10 ครบชุดทั้ง 3 เล่ม หรือหนังสือ ICD 10 TM ทั้ง 5 เล่ม โดยองค์การอนามัยโลกก็ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้หนังสือ ICD 10 ให้ครบทั้งชุด โดยมีแยกใช้เพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง

ตรรกะที่สำคัญที่สุดของรหัส ICD 10 คือ เป็นรหัสที่มีได้ยึดคำเรียกชื่อโรคเป็นหลักในการกำหนดรหัส คำที่แพทย์ใช้ในการเรียกชื่อโรค เป็นเพียงส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่ผู้ให้รหัสโรคใช้ในการลงรหัสให้ถูกต้อง โดยส่วนประกอบอื่นๆ ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าชื่อโรค ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะตั้งครรภ์ สาเหตุของโรค ตำแหน่งที่เป็นโรค และบริบทอื่นๆ ดังภาพ



หลักการจัดรหัส ICD 10



โรคและปัญหาสุขภาพ				
จัดหมวดหมู่ตามลักษณะผู้ป่วย	จัดหมวดหมู่ตามลักษณะที่ทำให้เกิดโรค	จัดหมวดหมู่ตามอวัยวะหรือระบบที่ทำให้เกิดโรค	รหัสสาเหตุภายนอกและการบริการสุขภาพ	โรคอื่นๆที่พบใหม่
รหัส O = หญิงตั้งครรภ์ รหัส P = ทารกแรกเกิด	รหัส A,B =โรคติดเชื้อ รหัส C,D = เนื้อเยื่อ มะเร็ง รหัส Q = พิกัดกำเนิด รหัส S,T = การบาดเจ็บ	รหัส D50-D89 =โรคเลือด รหัส E = โรคต่อมไร้ท่อ รหัส F = โรคจิตและพฤติกรรม รหัส G = โรคระบบสมอง รหัส H00-H59 = โรคตา รหัส H60-H95 = โรคหู รหัส I = โรคหัวใจและหลอดเลือด รหัส J = โรคระบบหายใจ รหัส K = ระบบย่อยอาหาร รหัส L = ผิวหนัง รหัส M = กล้ามเนื้อ กระดูก รหัส N = ทางเดินปัสสาวะ	รหัส V, W, X, Y = สาเหตุการบาดเจ็บ รหัส Z = การบริการสุขภาพ	รหัส U = รหัสเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ U50-U77 = รหัสแพทย์แผนไทย
วินิจฉัยโรคไม่ได้ ทราบแต่อาการใช้รหัส R				

การเตรียมข้อมูลก่อนการให้รหัส

1. ข้อมูลผู้ป่วย : อายุ เพศ การตั้งครรภ์ หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์
2. ลักษณะการบริการผู้ป่วย
3. การวินิจฉัยโรคหรืออาการ
4. โรคประจำตัวผู้ป่วย

ขั้นตอนการให้รหัส

1. สรุปรายการวินิจฉัยคืออะไร สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียนหรือไม่
2. ถ้าแพทย์ หรือพยาบาล หรือผู้ให้การรักษายืนยันคำย่อให้เปลี่ยนเป็นคำเต็ม
3. เลือกคำหลักจากชื่อโรค
4. ค้นหารหัสใน Volume 3 (alphabetical index)
5. ตรวจสอบรหัสที่ค้นได้อีกครั้งใน Volume 1
 - Explanation
 - Inclusions
 - Exclusions
6. เลือกรหัสที่เหมาะสม

หลักเกณฑ์การให้รหัส

1. ให้รหัสจากคำวินิจฉัยที่แพทย์เขียนเท่านั้น
2. ต้องเลือกให้รหัสการวินิจฉัยที่ละเอียดที่สุด
3. ถ้าแพทย์สรุปการวินิจฉัยไม่ละเอียด สามารถใช้ข้อมูลบางอย่างของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ หรือข้อมูลที่แพทย์บันทึกไว้ที่อื่น เช่น ใน Admission note , Progress note , Operative note รวมทั้งผลการตรวจทางรังสีวิทยา พยาธิวิทยา ที่มีแพทย์ลงนามกำกับ มาใช้ในการลงรหัสที่ละเอียดได้
4. ถ้าสงสัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยให้ปรึกษาแพทย์ก่อนการให้รหัส
5. ห้ามแก้หรือเปลี่ยนคำวินิจฉัยของแพทย์โดยพลการ
6. ห้ามวินิจฉัยเองจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มาตรฐานการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ

1. บันทึกการบริการหลัก เช่น ให้อาหาร ให้ยาคุมกำเนิด ตรวจวัดความดันโลหิต เป็นต้น
2. ระบุรายละเอียดของบริการหลัก เช่น ให้อาหารป้องกันโรคอะไร ครั้งที่เท่าไร ให้ยาคุม กำเนิดอะไร
3. ระบุเหตุผลที่ให้บริการหลัก เช่น ให้อาหารตามกำหนด ให้อาหารพิเศษตามโครงการรณรงค์ ให้ยาตามที่ผู้รับบริการร้องขอ ตรวจคัดกรองในโครงการต่างๆ เป็นต้น

มาตรฐานการให้รหัส ICD10 TM ของผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ

1. ให้รหัสบริการหลัก เป็นรหัสวินิจฉัยหลัก โดยไม่ต้องให้รหัสบริการอื่นๆที่ต้องให้กับผู้มารับบริการนั้นอยู่แล้ว เช่น ให้รหัสวัคซีน OPV + DTP เพียงเท่านั้น ไม่ต้องให้รหัสการให้ยาคุมใช้
2. ให้รหัสโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังผู้มารับบริการเป็นรหัสโรคอื่นๆ
3. ไม่ต้องให้รหัสการแนะนำต่างๆ

ตัวอย่าง : ดูแลการตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ตรวจไม่พบความผิดปกติ ให้คำแนะนำการให้รหัส : Z34.8 Supervision of other normal pregnancy (ไม่ต้องให้รหัสการวัดความดันโลหิต การตรวจครรภ์ การให้คำแนะนำ)

มาตรฐานการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย

1. บันทึกอาการสำคัญและระยะเวลาที่เกิดอาการนั้น เช่น เป็นไข้ 1 วัน ปวดท้อง 2 ชั่วโมง
2. หากเป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บ ให้ระบุประวัติการได้รับบาดเจ็บโดยละเอียด โดยเขียนต่อจากการบันทึกอาการสำคัญ เช่น เป็นแผลที่น่องข้างขวา 30 นาที ถูกสุนัขที่บ้านญาติกัด ขณะไปร่วมงานบวช
3. หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ให้บันทึกโรคเหล่านั้นจนครบทุกโรค
4. บันทึกผลการตรวจร่างกายทั้งหมดที่ได้ตรวจไว้
5. ต้องบันทึกคำวินิจฉัยโรคสำหรับอาการสำคัญที่มารู้จักนี้เสมอ ยกเว้นกรณีรักษาโรคตามอาการ โดยวินิจฉัยโรคไม่ได้ ให้บันทึกอาการ
6. การบันทึกโรคต้องระบุชนิดโรค และตำแหน่งที่เกิดโรคโดยละเอียด เช่น ฝีที่น่องข้างซ้าย เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น

7. บันทึกเหตุการณ์เพื่อการบำบัดรักษาโรคทั้งหมดที่เกิดขึ้น
8. บันทึกชื่อยา จำนวนยา และวิธีการใช้ยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ

มาตรฐานการให้รหัส ICD10 TM ของผู้รับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย

1. ให้รหัสโรคที่ทำให้เกิดอาการสำคัญ เป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
2. ให้รหัสโรคที่เหลือทั้งหมดเป็นรหัสโรคอื่น โดยไม่จำกัดจำนวนรหัส
3. กรณีบาดเจ็บ ให้เลือกตำแหน่งที่บาดเจ็บรุนแรงที่สุดเป็นโรคหลัก ต่อมาจึงลงรหัสการบาดเจ็บอื่นๆที่เหลือ ในสัดส่วน 1 รหัส ต่อ 1 การบาดเจ็บ จนครบทุกรหัส แล้วลงรหัสสุดท้ายเป็นรหัสที่บอกสาเหตุการบาดเจ็บนั้น (V , W , X ,Y)
4. ไม่ต้องให้รหัสบริการอื่น ๆ ที่ต้องให้กับผู้มารับบริการนั้นอยู่แล้ว เช่น ไม่ต้องให้รหัสการตรวจร่างกาย ไม่ต้องให้รหัสว่ามีการจ่ายยา ไม่ต้องให้รหัสการให้คำแนะนำต่าง ๆ
5. ให้รหัสเหตุการณ์เพื่อการบำบัดรักษา ไม่ต้องให้รหัสเหตุการณ์เพื่อการชันสูตร

ตัวอย่าง : เด็กชายอายุ 6 ปี เป็นไข้ น้ำมูกไหล มา 1 วัน ตรวจพบมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ไม่หอบ มีน้ำมูกใส คอไม่แดง วินิจฉัยว่าเป็นหวัด ให้ยา Paracetamol syrup และ Chlorpheniramine syrup แนะนำให้มารดาเช็ดตัวลดไข้

การให้รหัส : J00 Common cold เป็นรหัสโรคหลัก (ไม่ต้องให้รหัสการตรวจร่างกายและให้คำแนะนำ)

มาตรฐานการให้รหัสผู้รับบริการติดตามหลังการรักษา ผู้ป่วยนัดตรวจโรคเรื้อรัง

1. บันทึกบริการตรวจติดตามหลังการรักษาเป็นหลัก เช่น ตรวจหลังเย็บแผล 7 วัน ตรวจหลังการรักษา 10 วัน ทำแผลครั้งที่ 1 หลังเย็บแผล 2 วัน เป็นต้น
2. ประเมินผลหลังการตรวจติดตามการรักษาว่า หายจากโรคแล้ว หรือดีขึ้น หรืออาการเท่าเดิม หากหายจากโรคแล้ว ให้รหัสกลุ่ม Z09.- เป็นรหัสวินิจฉัยหลัก แต่หากอาการดีขึ้น ไม่ต้องรักษาเพิ่มเติม ให้รหัสกลุ่ม Z54.- เป็นรหัสวินิจฉัยหลัก และหากประเมินว่าอาการดีขึ้นแต่ยังรักษาต่อ หรืออาการโรคเท่าเดิม ให้รหัสโรคเดิมเป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
3. กรณีโรคเรื้อรังที่มาตรวจตามนัด แต่ไม่มีอาการ ให้รหัสโรคเรื้อรังนั้นเป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
4. หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ อีก ให้รหัสโรคเหล่านั้นเป็นรหัสโรคอื่น ๆ จนครบทุกโรค
5. ไม่ต้องให้รหัสบริการอื่น ๆ ที่ต้องให้กับผู้มารับบริการนั้นอยู่แล้ว เช่น ไม่ต้องให้รหัสการตรวจร่างกาย ไม่ต้องให้รหัสว่ามีการจ่ายยา ไม่ต้องให้รหัสการให้คำแนะนำต่าง ๆ
6. ให้รหัสเหตุการณ์เพื่อการบำบัดรักษา ไม่ต้องให้รหัสเหตุการณ์เพื่อการชันสูตร
7. กรณีมีอาการหรือโรคใหม่เกิดขึ้นมาอีก ให้ลงรหัสเหมือนผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาครั้งใหม่

8. กรณีผู้ป่วยมาทำแผลหรือตัดไหมหลังการรักษาแผลครั้งแรก ให้ใช้รหัส Z48.0 เป็นรหัสแรก ต่อด้วยรหัสตามหลักการข้างต้น ยกเว้นหากพบว่า แผลติดเชื้อ มิให้ใช้รหัส Z48.0 ให้ใช้ T81.4 ร่วมกับ Y83.8 เพื่อบ่งบอกว่า แผลติดเชื้อ ลงรหัสเหมือนกรณี การให้บริการบำบัดรักษาโรค

มาตรฐานการให้รหัสผู้ป่วยที่ขอใบส่งตัว และกรณีอื่น ๆ

1. กรณีส่งตัวไปรักษาต่อโรคใด ให้รหัสโรคนั้นเป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
2. หากวินิจฉัยโรคไม่ได้ ให้รหัสอาการเป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
3. กรณีอื่น ๆ ให้รหัสบริการที่ผู้รับบริการร้องขอเป็นรหัสวินิจฉัยหลัก
4. หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอื่น อีก ให้รหัสโรคเหล่านั้นเป็นรหัสโรคอื่น ๆ จนครบทุกโรค
5. ไม่ต้องให้รหัสบริการอื่น ๆ ที่ต้องให้กับผู้มารับบริการนั้นอยู่แล้ว เช่น ไม่ต้องให้รหัสการตรวจร่างกาย ไม่ต้องให้รหัสว่ามีการจ่ายยา ไม่ต้องให้รหัสการให้คำแนะนำต่าง ๆ
6. ให้รหัสหัตถการเพื่อการบำบัดรักษา ไม่ต้องให้รหัสหัตถการเพื่อการชันสูตร

การเลือกรหัสโรคหลักและรหัสอื่นๆ ในระบบ ICD 10 TM for PCU

- เมื่อให้รหัส ICD จนครบทุกโรคแล้ว ให้เลือกรหัสโรคหลัก โดยเลือกได้เพียง 1 รหัส ตามหลักการดังนี้
1. กรณีผู้ป่วยมาเพื่อบำบัดรักษาโรค ให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุให้มาในครั้งนี้เป็นโรคหลัก หากวินิจฉัยโรคไม่ได้ ให้รหัสอาการที่ทำให้มารับบริการ เป็นรหัสโรคหลัก
 2. กรณีผู้ป่วยมีโรคหลายโรคให้เลือกโรคที่มีอาการหนักกว่าโรคอื่นมาลงรหัสเป็นโรคหลัก
 3. กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บ ให้เลือกการบาดเจ็บตำแหน่งที่หนักกว่าตำแหน่งอื่น มาลงเป็นรหัสโรคหลัก
 4. กรณีผู้ป่วยมารับบริการส่งเสริมสุขภาพ หรือบริการอื่นๆ ให้รหัสบริการที่สำคัญที่สุดเป็นรหัสหลัก ใช้รหัสในกลุ่ม Z00-Z99
 5. กรณีผู้ป่วยมาตามนัดไว้ล่วงหน้า แต่ตรวจพบว่าเกิดโรคใหม่ ให้พิจารณาเสมือนผู้ป่วยมาเพื่อบำบัดรักษาโรคใหม่นั้น
 6. รหัส ICD 10 ที่นอกเหนือจากรหัสโรคหลัก ยกเว้นรหัสที่อยู่ในช่วง V00-Y99 จะจัดเข้ากลุ่มเป็นรหัสโรคอื่นๆ รหัสสาเหตุของการบาดเจ็บ ได้แก่ รหัสในช่วง V00-Y99 (ถ้ามี) จะบันทึกไว้เป็นรหัสสุดท้าย