

**แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
ผู้ป่วยใน (MRA) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (ตามเกณฑ์ สปสช. พ.ศ. 2557)
(จัดทำ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2561)**

เกณฑ์	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Discharge summary : diagnosis , operation	- สรุป Pdx ถูกต้อง	- สรุปโรคร่วม โรค แทรกซ้อน และ สาเหตุภายนอก ถูกต้อง (ต้องถูก ทั้งหมด)	- สรุปหัตถการ,การผ่าตัด ถูกต้องและครบถ้วน - ถ้าไม่มีหัตถการและผ่าตัด ให้ 1 คะแนน	- บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่ม และสิ้นสุดของ หัตถการและการ ผ่าตัด - ถ้าไม่มีหัตถการ และผ่าตัดให้ 1 คะแนน	- ไม่ใช่ตัวย่อใน การสรุปโรค และ หัตถการหรือการ ผ่าตัด - ไม่ใช่รหัสลับ ของโรค ที่สื่อสาร กันใน รพ. - ลายมือต้องอ่าน ออก - ตัวย่อที่ใช้ได้ดูใน เล่มชมพูหน้า 100 -114	- clinical summary <u>ต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้</u> - สาเหตุหรือปัญหา หรือ DX เมื่อสิ้นสุด การรักษา - Investigation - การรักษาและ ผลการรักษา - แผนการรักษาฟื้นฟู (ถ้ามี) - HOME MED	- สรุปสาเหตุ การตายถูกต้อง - หากไม่ตายให้ 1 คะแนน	- D/C type , status ถูกต้อง - ถ้า refer ต้อง ระบุ รพ. ที่ refer - case palliative care ให้ระบุตาม แนวทางที่ทีม กำหนด	- ลายมือ แพทย์ อ่าน ออก ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล และ เลข ว
หมายเหตุ - หัก 1 คะแนน กรณีมีการสรุปหลายลายมือหรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ (ต้องลงชื่อทุกตำแหน่งที่แก้)									
2. Discharge summary : others	- ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ - หากไม่ทราบ เป็นใครสืบค้น ไม่ได้ให้ 1 คะแนน	- เลข ปชช., เลข ต่างดาว กรณีไม่มี เลข ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” หรือระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “เสียชีวิตและไม่ พบหลักฐาน”	- ที่อยู่ปัจจุบันได้แก่ บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด ที่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ถ้าไม่รู้สีกตัว ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” กรณีเสียชีวิตไม่พบหลักฐาน ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบ หลักฐาน”	- ชื่อ รพ. - HN AN ต้องมี ทุกแผ่น	- ข้อมูล วัน เวลา admit และ - วัน เวลา D/C ต้องตรงกับในเวช ระเบียน	- จำนวนวันนอนและ วันลากลับบ้านต้อง ตรงกับในเวชระเบียน - ผู้ป่วยทั่วไปนับเวลา ใน Nurse Note หาก เสียชีวิตใช้เวลาที่ เสียชีวิต	- ชื่อ-นามสกุล ผู้ให้รหัสICD-10 ICD-9	- ให้รหัสโรค ครบตามการ สรุปของแพทย์	- ให้รหัส หัตถการครบ ตามการสรุป ของแพทย์
หมายเหตุ - ถ้าแพทย์ไม่ลงนามในการสรุป/ลงนามแต่ไม่มีเลข ว. / พิมพ์จากคอม แต่ไม่มีการลงนามแพทย์ที่รับผิดชอบ จะไม่นำมาประเมินทั้งใบ และถือว่า ไม่มีการสรุป ให้ 0 คะแนน - กรณีสรุปด้วยดินสอหรือสรุปด้วยรหัสหรือแก้ไขโดยไม่ลงนามจะไม่นำมาประเมิน ให้ 0 คะแนน									

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (ตามเกณฑ์ สปสช. พ.ศ. 2557)

เกณฑ์	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Informed consent	- ชื่อนามสกุลผู้ป่วยชัดเจน	- ลงลายมือผู้อธิบาย ระบุ ชื่อ นามสกุล และ ตำแหน่ง	- ลายมือชื่อ,ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วยหรือญาติ ความสัมพันธ์ให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน - อายุน้อยกว่า 18 ปี มาคนเดียวเซ็นเองได้ถ้าถูกเงิน โดยระบุว่ามาคนเดียว - วันที่และเวลาที่ลงนาม	- พยานฝ่ายผู้ป่วย - ระบุความสัมพันธ์ชัดเจน - มาคนเดียวระบุ “มาคนเดียว” - พยานห้ามมาเติมย้อนหลัง	- พยานฝ่าย รพ. ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ต้องคนละคนกับคนให้คำอธิบาย	- เหตุผล หรือ ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา วิธีการหรือหัตถการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่แจ้งกับผู้ป่วยและญาติ	- ข้อมูลรายละเอียดข้อดีข้อเสียของทางเลือกในการรักษา (ต้องสอดคล้องกับข้อ 6)	- รายละเอียดระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน (สอดคล้องกับข้อ 6) - เขียนว่าได้อธิบายแล้ว.... ไม่ให้คะแนน	- ระบุวันเดือนปี และเวลาที่ผู้ป่วย/ญาติรับทราบและยินยอมทำการรักษา
หมายเหตุ - ไม่นำมาประเมินกรณีไม่มีชื่อนามสกุลผู้ป่วย, ไม่มีชื่อนามสกุลผู้ให้คำอธิบาย ให้ 0 ทั้งข้อ / กรณีมีหลายใบเลือกเอาใบที่เป็นหัตถการที่สำคัญที่สุดมาประเมินหากมีหลายหัตถการให้เลือกใบที่มีการบันทึกสมบูรณ์น้อยที่สุดมาประเมิน									
4. History	- CC : 1-2 อาการ ระยะเวลา หรือ ปัญหาที่ผู้ป่วย ต้องมา รพ.	- PI 5W 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดย มีอย่างน้อย 3	- ประวัติการรักษาที่ผ่านมา ยาทากินมา การไปคลินิก รพ.สต -หากไม่ได้รักษาให้ระบุ “ไม่ได้รักษาจากที่ใด”	การเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา - ไม่มีระบุ “ไม่มี” - หากว่างไว้ หรือ -ให้ 0	- ประวัติแพ้ยา ระบุ “ไม่ทราบ” “มีประวัติการแพ้ยาหรือสารอื่น” - ระบุข้อความที่บอกถึงการได้ช้กประวัติและไม่พบการแพ้ยาหรือสารนั้นๆ	- ประวัติด้านการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับปัญหา - ผู้หญิงอายุ 11-60 ปี ต้องบันทึกประวัติประจำเดือน - เด็กอายุ 0-14 ปี ต้องช้กประวัติวัคซีนและพัฒนาการ (ห้าม NA) - ถ้าไม่มีเกี่ยวข้องให้ 1	- review of system ต้องครบทุกระบบ	- ลายมืออ่านออก - ลายมือแพทย์รู้ว่าเป็นผู้ใด (ไม่ต้องมีเลข ว ก็ได้ แต่ต้องมีชื่อ และนามสกุล)	-ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล
หมายเหตุ - จะไม่นำมาประเมิน กรณี ไม่ลงลายมือชื่อแพทย์ หรือไม่สามารถระบุได้ว่าแพทย์คือใคร , บันทึกโดยแพทย์ที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ให้ 0 คะแนน (ยกเว้นมีแพทย์ที่มีใบประกอบ เช่นกำกับ)									

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (ตามเกณฑ์ สปสช. พ.ศ. 2557)

เกณฑ์	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Physical examination	- T, PR, RR, BP ทุกราย (ยกเว้น BP อนุโลมใน เด็ก 0-3 ปี ให้ อิงตามสภาพ ผู้ป่วย)	- น้ำหนักทุกราย - ส่วนสูง กรณีมี ความจำเป็นต้อง ใช้ค่า BMI /BSA เช่น กรณีให้เคมี บำบัด	- ตรวจร่างกาย ดู คลำ เคาะ ฟัง	- วาดรูปหรือกราฟิก ถ้า วาดไม่ได้อนุโลมให้ได้ คะแนน โดยข้อ 3 ต้อง ได้คะแนนด้วย หากข้อ 3 ไม่ได้คะแนนข้อ 4 ก็ จะได้ 0 คะแนน	- มีการตรวจ ร่างกายครบทุก ระบบ	- มีการสรุปปัญหาของ ผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษ ครั้งนี้	- มีวินิจฉัยที่ สอดคล้อง กับประวัติ และการ ตรวจ ร่างกาย	- มีแผนการ รักษาในการ admit	- ลายมือแพทย์ อ่านออก ต้องลง ลายมือชื่อ พร้อม ทั้ง ระบุ ชื่อ- นามสกุลของ แพทย์ผู้บันทึก
6. progress notes, doctor's order sheet	- ลง วัน เดือน ปี และเวลา ทุก ครั้งที่บันทึก	- บันทึก ทุกวัน ใน 3 วันแรก	- บันทึกครบ S O A P ใน 3 วัน แรก	- บันทึกเมื่อเปลี่ยน แพทย์ผู้ดูแล หรือการ รักษา หรือให้ยา หรือมี เหตุการณ์	- บันทึก ครอบคลุม S O A P ทุก ครั้งที่มีการ เปลี่ยนแพทย์ หรือแผนการ รักษา	- มีการแปลผลการ Investigate ที่สำคัญ มี การวินิจฉัยและวาง แผนการรักษาเมื่อมีผล ผิดปกติ	- บันทึกตรง ตาม ตำแหน่งที่ กำหนด	- ลายมืออ่าน ออก, ลงชื่อและ ระบุได้ ว่าเป็น ใคร	- แพทย์ ลงวัน เดือนปี และ เวลา พร้อมลงนาม กำกับทุกครั้งที่ม ีการ order - หากมีการ รคส. หรือมีคำสั่งโดยผู้ ไม่มีใบอนุญาตฯ ต้องมีการลงนาม กำกับโดยแพทย์ที่ มีใบอนุญาตฯ ทุก ครั้ง
หมายเหตุ - การประเมิน progress notes ในวันแรก ข้อ 1-8 อนุโลมให้ใช้ใบซักประวัติและตรวจร่างกายแรกรับแทนได้ / ข้อ 9 ใช้ใบ order ในการประเมิน									
7.Consultation	- วัน เดือน ปี เวลา - ความรีบด่วน - หน่วยงานที่ขอ ปรึกษา	- ระบุปัญหาที่ ต้องการชัดเจน	- มีการตรวจร่างกาย โดยย่อของผู้ขอ คำปรึกษา	- ลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ ขอคำปรึกษา พร้อมทั้ง ระบุ ชื่อ-นามสกุล ของ แพทย์- หากไม่ลง ลายมือชื่อแพทย์ไม่ได้ คะแนนตั้งแต่ข้อ 1-4	- บันทึกตรวจ ร่างกายเพิ่มเติม และวินิจฉัยของ ผู้รับปรึกษา	- ความเห็น หรือ แผนการรักษา การให้ คำแนะนำ ของผู้รับ ปรึกษา	- วัน เดือน ปี เวลาของ ผู้รับปรึกษา	- ลงลายมือชื่อ แพทย์ผู้รับ ปรึกษา ระบุ ชื่อ-นามสกุล ของแพทย์ - หากไม่ลง ลายมือให้ 0 คะแนนใน ข้อ 5-8	- แพทย์ที่รับ ปรึกษานับที่ใน ตำแหน่งที่กำหนด
หมายเหตุ - เป็นการปรึกษาระหว่างแพทย์กับแพทย์และทันตแพทย์ ไม่นับพยาบาลและเภสัช (หากมีหลายใบเลือกใบที่สมบูรณ์น้อยที่สุดมาประเมิน)									

**แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (ตามเกณฑ์ สปสช. พ.ศ. 2557)**

เกณฑ์	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Anesthetic record	- status ผู้ป่วยก่อนให้ยาและวิธีให้ยา	- โรคก่อนผ่าตัดสอดคล้องกับแพทย์ (หากข้อมูลขัดแย้งกันข้อนี้ให้ 0)	- บันทึกชื่อ และชนิดของการผ่าตัด โดยต้องสอดคล้องกับแพทย์ (หากไม่สอดคล้องได้ 0)	- บันทึกก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน โดยทีมวิสัญญี ยกเว้น admit วันนั้นแล้วแต่วันนั้น - กรณีฉุกเฉินสามารถตรวจเยี่ยมวันเดียวกับการผ่าตัดได้ - ระบุประวัติการได้ยาระงับความรู้สึกก่อนหน้านี้ (ถ้ามี)	- สัญญาณชีพระหว่างดมยาทุก 5 นาที	- บันทึก I/O และ total output	- บันทึกหลังผ่าตัด 1 ชม - ยกเว้นผู้ป่วย on ET-tube และส่งเข้าไปในตึกผู้ป่วยเลยให้ 1 คะแนน	- บันทึกการดูแลหลังผ่าตัด 24 ชม. พร้อมระบุปัญหาจากการได้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้นี้หากไม่มีต้องระบุ <i>“ไม่พบปัญหา”</i>	- ลายมืออ่านออกและ ระบุทีมวิสัญญีโดยระบุได้ว่าเป็นใคร
หมายเหตุ – เอกสารที่ใช้ : ใบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชม/ใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก / ใบบันทึกการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (Recovery unit)									
9. Operative notes	- ข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ชื่อ-สกุล อายุ เพศ HN AN	- วินิจฉัยก่อนทำ,หลังทำ - ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่หนังสือ ICD-10 กำหนดเท่านั้น ห้ามใช้ <i>SAME</i> หรือ <i>เครื่องหมายปีกกา</i>	- ชื่อหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับหัตถการ	- บันทึกสิ่งที่ตรวจพบสอดคล้องกับวินิจฉัยหลังทำ	รายละเอียดและวิธีการทำ - สิ่งที่ตัดออก - ชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ (ถ้ามี)	ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนเลือดที่เสีย ระหว่างการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ <i>“ไม่มี”</i>	วัน เดือน ปี และเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุด	- ชื่อคณะผู้ร่วมทำการผ่าตัด แพทย์ วิสัญญี scrub nurse และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	- ลายมือแพทย์อ่านออก - ลงลายมือชื่อแพทย์ที่ผ่าตัด และ ต้อง ระบุชื่อ-นามสกุลของแพทย์ผู้ผ่าตัด
หมายเหตุ - หัตถการที่นำมาประเมินคือ OR- procedure ทั้งหมด กับ Non-OR ที่มีผลต่อ RW , หากมีหลายใบเลือกใบที่สมบูรณ์น้อยที่สุด,กรณีเป็นเอกสารที่พิมพ์มาสำเร็จต้องมี การลงลายมือแพทย์กำกับ									
10. Labour record	- ประเมินแรกจับ obstetric history - G P A L - LMP EDC GA - ANC history - complication risk - การตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล	- ประเมินระยะรอคลอกสอดคล้องกับสภาพผู้คลอด - วันเดือนปี เวลา - PR BP Progress labour - uterine contraction - cervical dilate, FHS - effacement - membrane - Fetal assessment	- บันทึกระยะคลอดแต่ละ stage - กรณีผ่าตัดคลอดไม่ต้องประเมินให้ 1 คะแนน	- หัตถการ วิธีคลอด ภาวะแทรกซ้อนและการให้ยาระงับความรู้สึก (ถ้ามี)	- บันทึกคำสั่งการให้ยาระยะก่อน ระหว่าง และ หลัง คลอด	- วันเดือนปี เวลาที่ทารกคลอด เพศ น.น. ความยาวของทารก	- ประเมินมารดา ระยะหลังคลอด ในส่วน placenta, complication, blood loss, V/S - ประเมินสภาพก่อนย้ายออกจากห้องคลอดหรือระยะหลังคลอด 2 ชม.	- มีบันทึกการประเมินทารก Apgar score 1,5 และ 10 นาที หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องระบุว่า <i>“ไม่มี”</i>	- ลายมือแพทย์อ่านออก ลงชื่อแพทย์ พยาบาลผู้ทำคลอด และ ต้อง ระบุชื่อ-นามสกุลของแพทย์และพยาบาลผู้ทำคลอด
หมายเหตุ - กรณี C/S ต้องประเมินด้วย มีเพียงเกณฑ์ข้อที่ 3 เท่านั้นที่ให้ 1 คะแนนได้โดยไม่ต้องประเมินนอกนั้นทุกหัวข้อให้ประเมินตามเกณฑ์									

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (ตามเกณฑ์ สปสช. พ.ศ. 2557)

เกณฑ์	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Rehabilitat ion record	- CC, PI ประวัติในอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการฟื้นฟู	- ตรวจร่างกาย	- บันทึกวินิจฉัยโรคหรือวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด - สรุปปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ	- เป้าหมาย,การวางแผนชนิดของการบำบัดหรือหัตถการ - ข้อห้ามและข้อควรระวัง	- บันทึกการรักษาแต่ละครั้ง อวัยวะตำแหน่งที่บำบัด และระยะเวลาที่ใช้	- ประเมินผลและความก้าวหน้าของการฟื้นฟู	- สรุปการฟื้นฟูและแผนการจำหน่าย	- รายละเอียด Home program หรือการปฏิบัติตัวหรือแผนการดูแลต่อ	- ลายมืออ่านออก ได้โดยสามารถระบุตัวตนได้ทุกครั้ง
12. Nurse's note	- CC PI PHI - อาการแรกรับ พร้อมปัญหา ครอบคลุมตาม สถานะผู้ป่วย	- ระบุปัญหา ทางการ พยาบาล สอดคล้องกับ อาการด้าน ร่างกายและ จิตใจ อารมณ์ สังคม จิต วิญญาณ ตั้งแต่ แรกรับจน จำหน่าย	- กิจกรรม การดูแล กิจวัตรประจำวัน - การประเมินซ้ำ เผื่อ ระวังอาการ เปลี่ยนแปลง หรือการ วัด V/S พร้อมระบุ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน อย่าง เหมาะสมทัน เหตุการณ์ การ รายงานแพทย์อย่าง เหมาะสมเร็วทันเวลา - ระบุกิจกรรมเยี่ยม บ้านร่วมกับทีม สุขภาพ (ถ้ามี)	- การตอบสนองการ รักษา ระบุการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้านร่างกาย พฤติกรรมที่ตอบสนอง ต่อกิจกรรมทางการ พยาบาลและแผนการ รักษาของแพทย์ - การบริหารยา HAD - การดูแลให้เลือด หัตถการต่างๆ - ระบุผลการให้การ รักษาเช่น เจาะปอด เจาะท้อง ก่อนทำ ขณะทำ หลังทำ ได้ อะไร จำนวนเท่าไร ลักษณะเป็นอย่างไร	- การให้ข้อมูลที่ จำเป็น เช่น - การเจ็บป่วย - การให้ คำปรึกษา การ ดูแลสุขภาพ - การแก้ไข ปัญหาสุขภาพ	- การเตรียมความ พร้อมเพื่อกลับบ้าน ตั้งแต่แรกรับ (ถ้าทำได้) - ระบุอาการ ปัญหา การฝึกทักษะ ที่จำเป็น ความรู้ เป็น ระยะๆ และมีกิจกรรม การให้ความรู้การฝึก ทักษะต่างๆที่ สอดคล้องกับความ ต้องการของผู้ป่วยเพื่อ เสริมพลัง - ข้อมูลที่สะท้อนการ เปลี่ยนพฤติกรรม ความก้าวหน้าในการ ฝึก	- การเตรียมก่อน จำหน่าย - อาการ อาการ แสดง ความพร้อม ของผู้ป่วยและ หรือ ผู้ดูแล - กิจกรรมการ พยาบาลที่ สอดคล้องกับสภาพ - คำแนะนำ การ ดูแลต่อเนื่อง และ การนัดครั้ง ต่อไป (ถ้ามี) - ระบุข้อมูลเพื่อส่ง ต่อไปยังหน่วยอื่นที่ เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)	- ระบุข้อมูล อาการที่จะส่งต่อ ทั้งภายในและ ภายนอก รพ. - ข้อมูลการเยี่ยม บ้าน (ถ้ามี) - ถ้าไม่มีส่วนใด เกี่ยวข้องให้ 1 คะแนน	- ระบุวันเดือนปี และเวลา (ต้องมี ทุกครั้ง) ในกรณี ต่อไปนี้ - แรกรับ - ทุกครั้งที่รับ order/ รคส. - บันทึกการ เปลี่ยนแปลง - การให้ยา - การจำหน่าย - ลายมืออ่านออก และต้องทราบว่าเป็น ใครโดยต้องมี ชื่อ -นามสกุล และตำแหน่ง (ยกเว้นใบ mar อนุโลมให้มีแต่ชื่อ และตำแหน่งได้)

หมายเหตุ - หักคะแนนข้อละ 1 คะแนนจากที่ได้ในกรณี 1) บันทึกไม่ต่อเนื่องทุกแคว 2) วันเวลาในใบให้ยา ไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์ เช่น ยาที่สั่ง stat ควรมีการให้หลังมีคำสั่งแพทย์ภายใน 30 นาที

คำแนะนำ : การใช้แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD Audit) ฉบับย่อ ใช้สำหรับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ มีดังนี้

1. การใช้คู่มือฉบับย่อให้ใช้ประกอบกับ คู่มือเล่มสีชมพูฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2557 (ไม่ควรใช้ฉบับย่ออย่างเดียว)
2. เกณฑ์หัวข้อที่ต้องตรวจทุก chart โดยห้ามมี NA คือ Discharge summary , Discharge summary : others , Informed consent , History , Physical examination , progress notes, doctor's order sheet และ Nurse' s note
3. กรณีที่มีเอกสารมาให้ตรวจแต่เอกสารนั้นไม่มีลายเซ็นแพทย์ / หรือมีแต่ยังไม่มีการประกอบวิชาชีพ เอกสารดังกล่าวจะได้ 0 ทุกหัวข้อ
4. กรณี Nurse's note ถ้าข้อ 2 การระบุปัญหาที่สอดคล้อง หากได้ 0 ข้อ 3 และ 4 จะไม่ได้คะแนนเช่นกัน เนื่องจากต้องสอดคล้องกัน