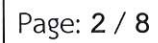


	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการพยาบาล	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 1 / 8

วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การบันทึกทางการพยาบาล

ผู้ทบทวน	ชื่อ-สกุล	ลายเซ็น	วันที่
	1. นางสาวพิชา ศรีภิรมย์	 <i>[Signature]</i>	28 สิงหาคม 2568
	2. นางเบญจมาศ จันทน์นวล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	 <i>[Signature]</i>	29 สิงหาคม 2568
	3. นางอุไร รักความซื่อ ประธานกรรมการเอกสารกลาง	 <i>[Signature]</i>	29 สิงหาคม 2568
ผู้อนุมัติ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพล ทิตะปัญ ผู้แทนฝ่ายบริหารคุณภาพ		29 สิงหาคม 2568





(สำหรับ เจ้าหน้าที่ควบคุมเอกสาร)

[illegible]

1. วัตถุประสงค์



	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการพยาบาล	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 4 / 8

วิธีปฏิบัติงาน ฉบับนี้เพื่อ

- 1.1 เป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับทีมพยาบาล
- 1.2 ให้การบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ สามารถสื่อสารในทีมสุขภาพ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการความเสี่ยงและการศึกษาวิจัยได้

2. ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัตินี้ครอบคลุมการบันทึกทางการพยาบาล สำหรับพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

3. คำนิยาม

การบันทึกพยาบาล (Nurse's note) หมายถึง การบันทึกข้อมูลปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนดตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่ ระยะเวลาให้การพยาบาลต่อเนื่อง จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ระเบียบปฏิบัติ

4.1 แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ขณะอยู่รักษา/ระยะเวลาให้การพยาบาลต่อเนื่อง ประกอบด้วยส่วนต่างๆดังนี้

4.1.1 หัวกระดาษ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลระบุตัวผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Ward	หอผู้ป่วย
A.N	เลขที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
H.N	เลขที่โรงพยาบาล
Name	คำนำหน้า และ ชื่อ - สกุล ของผู้ป่วย
Sex	เพศ ชาย (Male) หรือ หญิง (Female)
Bed	เบอร์เตียงผู้ป่วย
Page	ลำดับเลขหน้าของแบบประเมิน
Department	งานการพยาบาลที่ผู้ป่วยนอนรักษา
Diagnosis	การวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ผู้รักษา

4.1.2 Nurse's note ประกอบด้วย

4.1.2.1 ช่อง วันที่ / เวลา

4.1.2.2 Observation / Caring / Treatment & Medication เป็นช่องที่บันทึก Vital signs (T/P/R/BP)

การประเมิน O₂ Sat การประเมินความปวด และช่องว่างที่เหลือให้บันทึกกิจกรรมสังเกตอาการอื่นๆ ที่สำคัญหรือกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เช่น การดูแลห่ม พลิกตัว อาบน้ำ ทำแผล การเฝ้าระวัง CVP การบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง ประเมิน FAST หรือความเข้มข้นของยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Adrenaline, Heparin, Levophed เป็นต้น

4.1.2.3 ช่อง NURSE'S NOTE ประกอบด้วย ช่องเวลา และช่องว่าง สำหรับบันทึกอาการแรกรับเวร และสรุปปัญหาทางการพยาบาล ตามแผนการพยาบาล

4.1.3 รายการปัญหาทางการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ Nursing Problem List/ Nursing Diagnosis List ประกอบด้วย



	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการแพทย์	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 5 / 8

4.1.3.1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย เพศ อายุ หอผู้ป่วย A.N, H.N และ เบอร์เตียงผู้ป่วย Page, Department, Diagnosis พยาบาลเจ้าของไข้

4.1.3.2 ปัญหาทางการแพทย์/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นตารางที่ ประกอบด้วย วันที่เริ่มมีปัญหา/ข้อวินิจฉัยการพยาบาล วันที่หมดปัญหา และ ผู้บันทึก

4.1.4 แบบบันทึกกรณีรับผู้ป่วยใหม่

4.1.5 แบบบันทึกการย้ายผู้ป่วย

4.1.6 แบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย

4.1.7 แบบบันทึกกรณีถึงแก่กรรม

4.2 การบันทึกการพยาบาล

4.2.1 หัวกระดาษ ให้บันทึก ดังนี้

4.2.1.1 ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย เพศ อายุ หอผู้ป่วย A.N, H.N ให้ติดสติ๊กเกอร์เท่านั้น

4.2.1.2 เบอร์เตียงผู้ป่วย Page, Department, Diagnosis บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน

4.2.2 ช่อง วัน เดือน ปี / เวลาลง บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน และ บันทึก วัน เดือน ปีตามพุทธศักราช บันทึกช่วงเวลาในแต่ละเวรในวงเล็บ ดังนี้ เวรเช้า (8.00 – 16.00 น.) เวรบ่าย (16.00 – 24.00) และเวรดึก (24.00 – 8.00 น.) เมื่อเริ่มหน้าใหม่ให้ลงบันทึก วัน เดือน ปี เวลา ให้ครบ

4.2.3 Observation/ Caring/ Treatment & Medication ให้บันทึก ดังนี้

4.2.3.1 บันทึกเวลาที่ประเมิน และผลการประเมินสัญญาณชีพ O₂ sat, Pain score โดยพยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล ด้วยหมึก สีน้ำเงิน

4.2.3.2 บันทึกเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พลิกตะแคงตัว ดูดเสมหะ ด้วยการกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องกิจกรรมพยาบาล นั้น ๆ ด้วยหมึกสีน้ำเงิน

4.2.3.3 บันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ด้วยหมึกสีแดง

4.2.3.4 บันทึกข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปตามลำดับเวลา (Time series) เมื่อผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติ การรายงานอาการแพทย์ การทำหัตถการ การรักษาพยาบาล การตอบสนองต่อการรักษา ด้วยหมึกสีแดง

4.2.3.5 บันทึกการให้ยาต่อเนื่องที่ต้องการปรับอัตราหยด หรือควบคุมอัตราหยดให้ผู้ป่วย เช่น Dopamine, Dobutamine, Adrenaline, Heparin เป็นต้น ให้บันทึกความเข้มข้นของยาที่ให้ในช่องว่างบนสุดของหัวกระดาษ การปรับอัตราหยดให้บันทึกตามลำดับ ช่วงเวลา time series ด้วยหมึกสีน้ำเงิน

4.2.3.6 บันทึกการจัดการความปวด ตามข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปตามลำดับเวลา ด้วยหมึกสีแดง บันทึกการประเมินความปวดซ้ำ ตามช่วงเวลา ด้วยหมึกสีน้ำเงิน

4.2.4 รายการปัญหา/ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงิน ดังนี้

4.2.4.1 บันทึกวัน เดือน ปี ที่พบปัญหา ในช่อง วันที่เริ่มปัญหา

4.2.4.2 บันทึกปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ให้ครบถ้วน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ



	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการพยาบาล	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 6 / 8

4.2.4.3 บันทึก ลายมือชื่อผู้บันทึกปัญหาด้วยลายมือที่อ่านออก

4.2.4.4 บันทึก วัน เดือน ปี ที่หมดปัญหาทางการพยาบาล เมื่อประเมินแล้วพบว่าปัญหา/หรือความต้องการของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว

4.2.4.5 บันทึก ทบทวนปัญหาทางการพยาบาล หรือเมื่อมีปัญหาใหม่

4.2.5 การบันทึก Nurse's note บันทึกตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

4.2.5.1 บันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับเวร แบบบรรยายเหตุการณ์ (Narrative records)

- ระดับความรู้สึกตัว เช่น รู้สึกตัวดี หรือบันทึก GCS E4VTM6 เป็นต้น
- อุปกรณ์การช่วยหายใจ ได้แก่ On O₂ mask, O₂ canula, หายใจไม่หอบเหนื่อย / on Ventilator setting.....หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง
- อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังใช้ เช่น on Stryker frame, on Temporary pace maker set rate....beat/min out put ...mA เป็นต้น
- การเฝ้าระวังต่างๆ ได้แก่ Monitor EKG เป็น Sinus tachycardia rate 130 ครั้ง/นาที
Monitor O₂ Sat 95%
- การรักษาที่กำลังได้รับอยู่ เช่น on 5%DN/2 vein drip ทาง jugular vein ปิดแผลด้วย hypafix ซีมเล็กนอย Rt. Arm cathlon on Levophed 4 mg + 5%DW 250 ml vein drip, no sign phlebitis, on Rt. Chest drain ต่อแบบ 2 ขวด under water seal ไม่มี content มีลมปุดในขวดที่ 2 มี Subcutaneous emphysema บริเวณเหนือแผล ประมาณ 4 FB Retained NG tube for medication, Retained Foley's Cath urine ใส่ดี
- มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เช่น สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเองได้ แขนขาอ่อนแรง Power gr. 2 ขาอ่อนแรง Power gr.1 เป็นต้น
- สภาวะทางด้านจิตใจ จิตสังคม เช่น ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น หรือผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมอง ถามคำตอบคำ ร้องไห้เมื่อพูดถึงลูกผู้ป่วยบอกว่าอยากกลับไปตายที่บ้าน เป็นต้น

4.2.5.2 บันทึกสรุปกิจกรรม/ปัญหาทางการพยาบาลตลอดทั้งเวร แบบใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process Records) เป็นการบันทึกตามปัญหา หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยบันทึกสภาพผู้ป่วยที่ปรากฏแรกรับเวรในเบื้องต้น และเขียนบันทึกสรุปตามลำดับความสำคัญของปัญหา และกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละเวร ตามหลัก A-PIE ดังนี้

- บันทึกเรียงลำดับความสำคัญปัญหาทางการพยาบาล/ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (priority) โดยใช้กระบวนการพยาบาล (P: Nursing Problem list) หลังจากนั้นบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย (A: Assessment) การปฏิบัติการพยาบาล การรักษาของแพทย์ (I: Intervention) และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล (E: Evaluation) และสัมพันธ์กับการบันทึก แบบ time series ใน Observation / Caring / Treatment & Medication ตัวอย่าง เช่น

1) มีภาวะ septic shock: มีไข้สูง ไห้ยาลดไข้ ไข้ลดลง ต่อมาเริ่มเหนื่อย หายใจเร็ว ดูแลจัดทางศีรษะสูง และให้ O₂ cannula 3 LPM ประเมินซ้ำยังมีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจเพิ่มจาก 20 ครั้งต่อนาที เป็น 26 ครั้งต่อนาที ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ MAP = 55-61 mmHg ปลายมือปลายเท้าอุ่น รายงานแพทย์ พิจารณาส่งตรวจ lactate level, H/C



	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการพยาบาล	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 7 / 8

2 spp., CXR, Cortisol level, U/S IVC collapse พิจารณาให้ Load NSS 500 ml in 30 min total 1000 ml MAP = 58 mmHg รายงานแพทย์พิจารณาให้ Levophed 4 mg + 5%DW 250 ml IV drip 5 ml/hr. titrate 3 ml/min ทุก 15 นาที Keep MAP $\geq$ 65 mmHg. titrate จนถึง 20 ml/hr แต่ MAP $\leq$ 65 mmHg ประเมินปลายมือปลายเท้าอุ่น คลำชีพจรชัดเจน capillary refill time 3 วินาที ไม่มีอาการแสดงของ shock รายงานแพทย์พิจารณาให้ Hydrocortisone 100 mg. IV Stat then Hydrocortisone 200 mg + 5%DW 100 ml IV drip in 24 hr หลังได้ Hydrocortisone MAP $\geq$ 75 mmHg record urine/ 1-2 ชั่วโมง ปัสสาวะออก 50 -200 ml/hr ไม่พบ phlebitis or extravasation

- บันทึกปัญหาทางการพยาบาลให้ครบทุกข้อ และสอดคล้องกับ Nursing Problem list
- บันทึกลายมือชื่อของพยาบาล โดยใช้ตรายาง ที่ระบุ พว.....และเซ็นชื่อกำกับ กรณีไม่มี

ตรายางให้ลงลายมือชื่อ นามสกุลให้อ่านออก

4.2.6 การเขียนบันทึกการพยาบาลกรณีต่าง ๆ

4.2.6.1 การบันทึกกรณีรับผู้ป่วยใหม่

- ให้บันทึกโดยใช้ Nurse's note ตามแบบฟอร์มมาตรฐาน (พ.71 / admit)
- เขียนเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าหัวข้อที่ได้ปฏิบัติตามรายการ
- เติมข้อความในส่วนที่ว่างไว้ให้สมบูรณ์ (กรณีมีกิจกรรมเพิ่มเติม)
- การให้ข้อมูลเรื่องความรู้เรื่องโรค อาจจะปฏิบัติไม่ได้สมบูรณ์ในเวรรับใหม่ ให้ปฏิบัติ
- ให้สมบูรณ์ภายใน 24-48 ชม. แรก ของการเข้าอยู่รักษาของผู้ป่วยโดยให้ผู้ที่ให้ข้อมูล
- ในส่วนนี้ ลงชื่อ วัน เดือน ปี ที่ให้ข้อมูลสิ่ง ที่ต้องบันทึกให้สมบูรณ์คือ วัน เดือน ปี ที่รับใหม่

สัญญาณชีพแรกรับ ของผู้ป่วยสอดคล้องครอบคลุมกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับ

- เมื่อสิ้นสุดการเขียนบันทึก ชัดเจน พร้อมลงชื่อและสกุลผู้บันทึกให้อ่านออก หรือใช้ตรายางที่มีชื่อสกุล ผู้บันทึกและให้เซ็นชื่อกำกับ

4.2.6.2 การบันทึก กรณีการย้ายผู้ป่วย

- ให้ใช้แบบบันทึก พ. 71 / transfer
- ให้เขียนเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าหัวข้อที่ได้ปฏิบัติตามรายการ
- เติมข้อความในส่วนที่ว่างไว้ให้สมบูรณ์ (กรณีมีกิจกรรมเพิ่มเติม)
- สิ้นสุดการเขียนบันทึก ชัดเจน พร้อมลงชื่อและสกุลผู้บันทึกให้อ่านออก หรือใช้ตรายางที่มีชื่อสกุล

ผู้บันทึกและให้เซ็นชื่อกำกับ

4.2.6.3 การบันทึกกรณีจำหน่ายผู้ป่วย

- ให้ใช้แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง พ. 158
- โดยเขียนเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าหัวข้อที่ได้ปฏิบัติตามรายการ



	วิธีปฏิบัติงาน (Work Procedure) การบันทึกทางการแพทย์	Doc. No.: MD-WI-3.13-74	
		Rev.No.: 0	
		Eff. Date: 29 สิงหาคม 2568	Page: 8 / 8

- เติมข้อความในส่วนที่ว่างไว้ให้สมบูรณ์ (กรณีมีกิจกรรมเพิ่มเติม)
- สิ้นสุดการเขียนบันทึก ชัดเส้น พร้อมลงชื่อและสกุลผู้บันทึกให้อ่านออก หรือใช้ตารางที่มีชื่อสกุลผู้บันทึกและให้เซ็นชื่อกำกับ

4.2.6.4 การบันทึกกรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม

- ให้ใช้แบบบันทึก พ. 71 / dead
- โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าหัวข้อที่ได้ปฏิบัติ
- เติมข้อความในส่วนที่ว่างไว้ให้สมบูรณ์ (กรณีมีกิจกรรมเพิ่มเติม)
- ชัดเส้นเพื่อป้องกันการการเขียนข้อมูลเพิ่ม เมื่อสิ้นสุดการเขียนบันทึก ชัดเส้น พร้อมลงชื่อและสกุลผู้บันทึกให้อ่านออก หรือใช้ตารางที่มีชื่อสกุล ผู้บันทึกและให้เซ็นชื่อกำกับ

5. เอกสารอ้างอิง

- 5.1 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ พ.71 รหัสเอกสาร -
- 5.2 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ พ.71/ admit รหัสเอกสาร -
- 5.3 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ พ.71/ transfer รหัสเอกสาร -
- 5.4 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ พ.71/ dead รหัสเอกสาร -
- 5.5 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ พ.158 รหัสเอกสาร -
- 5.6 ชื่อเอกสารที่มีการอ้างอิงในขั้นตอนปฏิบัติฉบับนี้ รายการปัญหาทางการแพทย์/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ รหัสเอกสาร -

