

1. Patient's Profile

เอกสารที่ใช้ในการประเมิน : เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียนหรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีข้อมูลชื่อและนามสกุล, HN, เพศ, อายุหรือวัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ในหน้าแรกของเวชระเบียน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีข้อมูลเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย หรือเลขที่ใบต่างด้าว กรณีคนต่างด้าวที่เกิดในไทยแต่ไม่สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นคนไทยได้ ให้ระบุ “ไม่มีเลขที่บัตร” ส่วนชาวต่างชาติ ให้ระบุเลขที่หนังสือเดินทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องระบุรายละเอียดว่า “ไม่รู้สีกตัว” กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน ให้ระบุ “เสียชีวิตและไม่พบหลักฐาน”

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีข้อมูลการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่น ๆ โดยระบุชื่อยาและสิ่งที่แพ้ กรณีไม่ทราบว่าแพ้ยาหรือไม่ ให้ระบุว่า “ไม่ทราบประวัติการแพ้ยา” กรณีไม่มีประวัติการแพ้ยา ให้ระบุ “ไม่มีประวัติการแพ้ยา”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีข้อมูลชื่อและนามสกุลของญาติ หรือผู้ที่ให้ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (กรณีที่เป็นที่อยู่เดียวกับผู้ป่วย อาจบันทึกว่า บดก.) กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่มีญาติให้ระบุ “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่มีญาติ”

เกณฑ์ข้อที่ 6 ระบุนวัน/เดือน/ปี ที่บันทึกข้อมูลเวชระเบียนครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีข้อมูลชื่อ นามสกุล HN ในทุกแผ่นของเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในกรณีที่เวชระเบียนบันทึกในรูปแบบของ Electronic files ต้องมีข้อมูลชื่อนามสกุล HN ทุกหน้าที่ส่งให้ตรวจสอบ

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน : กรณีมีการบันทึกหมู่เลือด หรือบันทึกว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ไม่เคยตรวจหมู่เลือด” และมีการระบุชื่อผู้บันทึกกำกับไว้

หักข้อละ 1 คะแนน

- (1) กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์ และไม่ได้ระบุผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูล ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
- (2) กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับกับการแก้ไข นั้น ยกเว้นกรณีที่มีการบันทึกเลขทะเบียนการให้บริการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล เช่น AN, เลขที่ X-rays เป็นต้น

2. History

เอกสารที่ใช้ประเมิน : เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยใช้ข้อมูลการบันทึกอาการและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ แบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึกในการเข้ารับการรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจ

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมานาน้อยกว่า 3 เดือน (ในปีปฏิทิน : ตค.- ธค.) ให้ใช้ข้อมูลการซักประวัติใน การตรวจรักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจประเมิน

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก Chief complaint อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก Present illness ในส่วนของอาการแสดง

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก Present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว (กรณีผู้ป่วยนอกโรคทั่วไปและฉุกเฉิน) หรือใน ส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง) กรณีไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อนให้ระบุว่า “ไม่ได้รักษาจากที่ใด” (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึก Past illness ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ประวัติการผ่าตัด และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่มา หรือสอดคล้องกับปัญหาที่สงสัย (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 5 ประวัติประจำเดือน (ผู้หญิง อายุ 11 – 60 ปี) และ vaccination (เด็ก อายุ 0 – 14 ปี), Personal history, Social history และ Growth development (กรณีไม่เกี่ยวข้อง หรือ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการซักประวัติการแพ้ยา/ประวัติการแพ้อื่นๆ (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

เกณฑ์ข้อที่ 7 ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยระบุจำนวน ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (0-14 ปี) ให้ซักประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีญาติหรือไม่สามารถซักประวัติได้ และบันทึกว่า “ไม่รู้สึกรู้ตัว” หรือ “ไม่มีญาติ” ให้ระบุ NA)

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีที่มีการบันทึก Present illness ครบทั้ง 5W, 2H (What, Where, When, Why, Who, How, How many)

3. Physical examination

เอกสารที่ใช้ประเมิน : ข้อมูลการตรวจร่างกายที่บันทึกในการเข้ารับการตรวจรักษา ใน Visit ที่กำหนด ซึ่งผู้ตรวจร่างกายอาจเป็น แพทย์, พยาบาล, หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในครั้งนั้น แบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยทั่วไป : ใช้ข้อมูลการบันทึกในการเข้ารับการตรวจรักษาใน Visit ที่ต้องการตรวจในครั้งนั้น

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : ใช้ข้อมูลจากการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในครั้งแรกของปีที่ต้องการตรวจ (ปีปฏิทิน) ยกเว้นกรณีที่ตรวจพบโรคเรื้อรังนั้นมาน้อยกว่า 3 เดือน (ในปีปฏิทิน : ตค.- ธค.) ให้ใช้ข้อมูลการตรวจร่างกายในการตรวจรักษาโรคเรื้อรังนั้นใช้ในการตรวจประเมิน

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึกวัน เวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หรือเวลาที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการดู หรือ เคาะ ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายโดยการคลำ หรือ ฟัง ส่วนที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint โดยสังเขป กรณีที่ผลการตรวจปกติ อาจบันทึกโดยระบุ WNL (within normal limit)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึก P, R กรณีที่มีประวัติ มีไข้ให้วัด Temperature ร่วมด้วย

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีการบันทึก BP ทุกราย ยกเว้นกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี ให้พิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ถ้าไม่จำเป็นให้ระบุ NA ในเกณฑ์การประเมินข้อนี้

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกน้ำหนักทุกราย มีการบันทึกส่วนสูงในกรณีเด็กอายุ 0-3 ปี (เพื่อติดตามพัฒนาการ และในกรณีผู้ป่วยที่ให้น้ำยาเคมีบำบัด เพื่อคำนวณการให้น้ำยาและประเมินภาวะโภชนาการ)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปข้อวินิจฉัยโรคขั้นต้น (Provisional diagnosis) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับผลการซักประวัติ หรือผลการตรวจร่างกาย

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน : กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่ตรวจพบความผิดปกติที่นำไปสู่การวินิจฉัย

4. Treatment/ Investigation

เอกสารที่ใช้ประเมิน : ข้อมูลการบันทึกการให้การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัยหรือแผนการรักษาต่อเนื่อง ใน visit ที่ต้องการตรวจ

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีบันทึกการตั้ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีที่ไม่มีการตั้งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA (การตั้งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีบันทึกรายละเอียดการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit..”
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องมีการให้ข้อมูลแก่ญาติโดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีบันทึกแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ต้องระบุเหตุผล หรือแผนการรักษา
- เกณฑ์ข้อที่ 5** กรณีมีการปรึกษาหารือระหว่างแผนก ต้องมีการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย/การรักษากรณีที่ไม่มี การส่งพบแพทย์อื่น ให้เป็น NA
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุชื่อแพทย์ หรือผู้ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

หักคะแนน ข้อละ 1 คะแนน กรณีดังต่อไปนี้

- (1) ไม่มีการบันทึกการตั้งการตรวจวินิจฉัย แต่มีผลการตรวจ
- (2) มีบันทึกการตั้งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ

5. Follow up

เอกสารที่ใช้ประเมิน : ใช้ข้อมูลการตรวจติดตาม ตามแผนการรักษาต่อเนื่อง ภายหลังจาก visit ที่กำหนดตรวจประเมิน โดยแบ่งเป็น

กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic case) : จะทำตรวจประเมินข้อมูล Follow up อีก 3 ครั้ง โดยใช้ข้อมูลในครั้งที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับหลังจากการ visit ครั้งแรก ในโรคเรื้อรัง เดียวกัน ในกรณีที่ใน ปี นั้น หรือช่วงเวลาที่กำหนดการตรวจประเมิน มีการ Follow up มากกว่า 5 ครั้ง ให้ใช้ ข้อมูล ใน visit ที่ 1, 3 และ 5 ตามลำดับ

กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (General case) : จะตรวจประเมินข้อมูล Follow up ในกรณีที่แพทย์นัดมาดูอาการซ้ำหรือกรณีรักษาต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกข้อมูลการระบุโรค หรือเหตุผลในการมา Follow up

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกประวัติ (History) และการติดตามผลการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึก Vital signs ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรือการตรวจร่างกายที่จำเป็น และเกี่ยวข้อง (ดู, คลำ, เคาะ, ฟัง)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกการประเมินผลการรักษาในครั้งที่ผ่านมา (Evaluation) พร้อมสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกการสั่งตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ รังสี และการตรวจอื่นๆ กรณีที่ไม่มีการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย และไม่มีผลการตรวจให้เป็น NA (การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้)

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกการรักษาที่ให้ในครั้งนี้ (Treatment)

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ หรือข้อควรระวังเกี่ยวกับการรับประทานยา

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือวันนัดมา Follow up ครั้งต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา กรณีมีการใช้ลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องมีระบบสื่อสาร หรือทำหนังสือชี้แจงลายเซ็นหรือรหัสแพทย์ เพื่อสื่อสารให้ผู้ตรวจสอบทราบว่าเป็นท่านใด กรณีที่มีการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ส่งการรักษาท่านใด และการส่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ จึงถือว่าได้คะแนน

หักข้อละคะแนน 1 คะแนน

- (1) กรณีมีบันทึกการสั่งการตรวจเพื่อวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ
- (2) กรณีมีผลการตรวจ แต่ไม่มีการบันทึกการสั่งการตรวจวินิจฉัย

6. Operative note

เอกสารที่ใช้ประเมิน : ข้อมูลการบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือส่วนของเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลการทำผ่าตัด/หัตถการ ของผู้ป่วย ในการเข้ารับ การตรวจรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

แนวทางการพิจารณาว่า การทำผ่าตัด/หัตถการใดจำเป็นต้องมีบันทึกการทำผ่าตัด/หัตถการ ดังนี้

- การทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น OR Procedure *
- การทำผ่าตัด/หัตถการนั้นเป็น Non-OR Procedure แต่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (affect Thai DRG)*
- การทำผ่าตัด/หัตถการนั้น หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลเห็นว่าจำเป็นต้องมีการบันทึก

* โดยอ้างอิงตามหลักการให้รหัสหัตถการ ICD-9-CM 2007 (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification)*

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกสิ่งที่ตรวจพบจากการผ่าตัด/หัตถการ (Operative findings)

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกวิธีการทำผ่าตัด/หัตถการ (Operative procedures)

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกวิธีการให้ยาชา ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกผลการทำผ่าตัด/หัตถการ หรือการวินิจฉัยโรคหลังทำผ่าตัด/ หัตถการ (Post operative diagnosis) ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดหรือหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ต้องมีการติดตามผล Pathology หรือระบุในใบบันทึกว่า “รอผล Pathology” หรือ “รอผลชิ้นเนื้อ” รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เกณฑ์ข้อที่ 6 บันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำผ่าตัด/ หัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการระบุชื่อแพทย์ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการ กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่า เป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ หรือผู้ที่ทำผ่าตัด/ หัตถการท่านใด และบันทึกนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน กรณีมีการวาดรูป แสดงสิ่งที่พบความผิดปกติจากการผ่าตัด/ หัตถการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

7. Informed consent

เอกสารที่ต้องประเมิน : ข้อมูลการบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมการรักษา/ทำหัตถการ ในกรณีที่มีการทำหัตถการ ใน OPD card หรือส่วนของการบันทึก Informed consent ของผู้ป่วย ในการเข้ารับการรักษาใน visit ที่ต้องการตรวจ

- เกณฑ์ข้อที่ 1** มีการบันทึกชื่อ ชื่อ สกุลผู้ป่วยชัดเจน
- เกณฑ์ข้อที่ 2** มีการลงลายมือชื่อ ชื่อ สกุล หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ป่วย หรือผู้แทนที่รับทราบข้อมูล
- เกณฑ์ข้อที่ 3** มีการลงลายมือชื่อพยานครบถ้วน โดยระบุชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน (กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียวให้ระบุว่า “ผู้ป่วยมาคนเดียว”) ยกเว้นกรณีที่เป็น การเจาะเลือดส่งตรวจที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น การเจาะ HIV ซึ่งมีการบันทึกในขั้นตอนของการให้คำปรึกษา (Counseling)
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/ หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด/ หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกจำนวน เดือน ปีที่ให้และรับทราบข้อมูล
- เกณฑ์ข้อที่ 4** มีการบันทึกเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัด/ หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 5** มีการบันทึกการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยสังเขป
- เกณฑ์ข้อที่ 6** มีการระบุลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล หรือรายละเอียดของการทำผ่าตัด/ หัตถการ
- เกณฑ์ข้อที่ 7** มีการบันทึกจำนวน เดือน ปีที่ให้และรับทราบข้อมูล