

 โรงพยาบาลนครพนม	
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) เลขที่ : HA-SP-001-06	ฉบับที่ : 6
เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	วันที่ : 2 ม.ค 2567
แผนก : ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ : (นางสาวอภิพร ตันศรี) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ทบทวน : (นางสาวสุรณีย์ คูสกุลวัฒน์) ตำแหน่ง รองฯด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	ผู้อนุมัติ : (นายณฤพณธ์ ยุทธเกษมสันต์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้ โดยมีเอกสารหลักฐานที่ได้มีการกำหนดไว้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร จึงได้กำหนดแนวทางในการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย นโยบายคุณภาพ(Quality Manual)ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) แนวทางปฏิบัติ (Work Instruction) และเอกสารสนับสนุน (Support Document) และถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ขอบเขต

ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลนครพนม ครอบคลุมการจัดทำเอกสารตามโครงสร้างระบบเอกสารคุณภาพ

3. ผู้รับผิดชอบ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม
 - มีอำนาจในการลงนามอนุมัติ นโยบายคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) เพื่อรับรองว่าเอกสารฉบับนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
2. คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมคร่อมสายงาน)
 - จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ(Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) ครอบคลุมพันธกิจหลักของแต่ละคณะกรรมการ
3. หัวหน้าฝ่าย
 - ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเอกสารที่หน่วยงานในความรับผิดชอบได้นำเสนอ ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายไม่ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น และลงนามเมื่อเอกสารผ่านการตรวจสอบแล้วเพื่อส่งต่อผู้อนุมัติใช้จากผู้อำนวยการในลำดับต่อไป
 - ลงนามอนุมัติแนวทางปฏิบัติ(Work Instruction) ที่หน่วยงานในความรับผิดชอบจัดทำและนำเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสาร

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 2/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

-นำเสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

4. หน่วยงาน

-จัดทำ/แก้ไข/ปรับปรุง เอกสารคุณภาพ ระดับ แนวทางปฏิบัติ(Work Instruction) ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพต่อหัวหน้าฝ่าย

5. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

-ดำเนินการรวบรวมเอกสารคุณภาพจากหน่วยงานต่างๆ ออกรหัสและลงทะเบียนกำกับในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับและส่งต่อเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน/ทีม

4. นิยามศัพท์

นโยบายคุณภาพ(Quality Manual) คือ เอกสารที่ระบุนโยบาย และวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรทุกท่าน ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

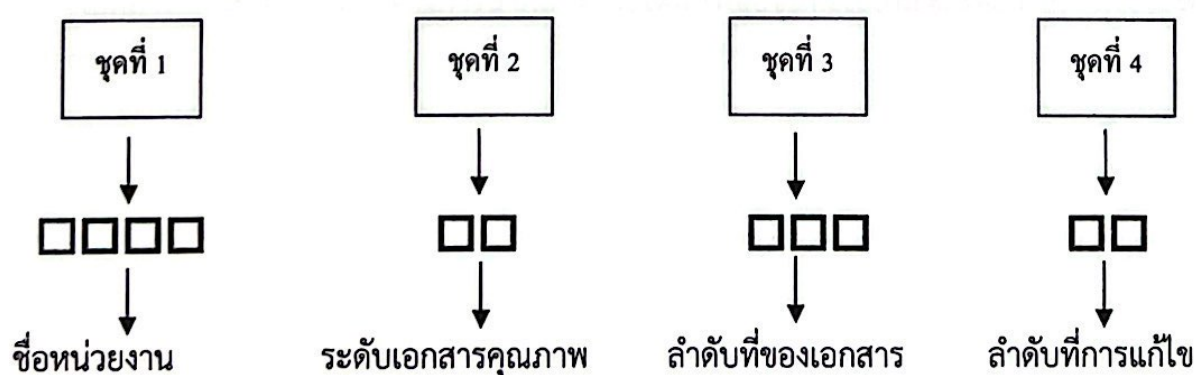
ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) คือ เอกสารที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานหรือหลายหน่วยงานของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) คือ เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานโดยระบุขั้นตอน รายละเอียดของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารสนับสนุน (Support Document) คือเอกสารที่ถูกนำมาใช้ในการอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น

5. วิธีปฏิบัติ

5.1 การกำหนดรหัสของเอกสารคุณภาพ ได้กำหนดชุดรหัสไว้ 4 ชุดดังนี้



เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 3/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

ความหมายของรหัสแต่ละชุด

ชุดที่ 1 หมายถึง ชื่อหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน โดยการใช้ตัวย่อเป็นภาษาอังกฤษพิมพ์ใหญ่ ไม่เกิน 4 ตัว เช่น

PCT หมายถึงเอกสารที่ออกจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ชุดที่ 2 หมายถึง ชื่อย่อของระดับเอกสารคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น คือ

- นโยบายคุณภาพ (Quality Manual) ให้ใช้ตัวย่อว่า QM
- ระเบียบปฏิบัติ(System Procedures) ให้ใช้ตัวย่อว่า SP
- แนวทางปฏิบัติ (Work Instructions) ให้ใช้ตัวย่อว่า WI
- เอกสารสนับสนุน (Support Document) ให้ใช้ตัวย่อว่า SD

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ PCT-QM

ชุดที่ 3 หมายถึง ลำดับของเอกสารคุณภาพที่ออกจากหน่วยงาน/ทีม กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 3 หลักตั้งแต่ 001-999

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพฉบับที่ 1 คือ PCT-QM-001

ชุดที่ 4 หมายถึง ลำดับที่ของการแก้ไขเอกสารคุณภาพฉบับดังกล่าวที่ออกจากหน่วยงาน/ทีม กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 2 หลักตั้งแต่ 01-99

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1 คือ PCT-QM-005-01 เป็นต้น

5.2 การออกรหัส/แก้ไข/หรือยกเลิกเอกสารคุณภาพ

- หน่วยงาน/ทีม ที่ได้จัดทำเอกสารคุณภาพและได้รับการลงนามอนุมัติแล้ว งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น
- กรณีที่ต้องการแก้ไขหรือยกเลิกเอกสารคุณภาพให้ใช้ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ(ภาคผนวก)และเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
- เอกสารที่ยกเลิกแล้วหากต้องการนำกลับมาใช้ใหม่ ให้ขอขึ้นทะเบียนใหม่โดยเลขรหัสจะไม่ใช้รหัสเอกสารเดิม

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 4/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

5.3 ตารางแสดงอักษรย่อของหน่วยงาน/ทีม

หน่วยงานสนับสนุน (17 หน่วยงาน)

ลำดับที่	ชื่อทีมที่มนำเฉพาะด้าน (CLT)	อักษรย่อ
1	คณะกรรมการที่มนำในการพัฒนาคุณภาพ	LED
2	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร	HRM
3	คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	HR
4	ทีมองค์กรแพทย์	MSO
5	ทีมองค์กรพยาบาล	NSO
6	คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	ETH
7	คณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ	IM
8	คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	IC
9	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	RM
10	คณะกรรมการเครื่องมือแพทย์	EQM
11	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ENV
12	คณะกรรมการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	HPH
13	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	PTC

ลำดับที่	ชื่อทีมที่มนำทางคลินิก (PCT : Patient Care Team)	อักษรย่อ
1	PCT สูตินรีเวชกรรม	PCT1
2	PCT ศัลยกรรม	PCT2
3	PCT อายุรกรรม	PCT3
4	PCT กุมารเวชกรรม	PCT4
5	PCT ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	PCT5
6	PCT โสต ศอ นาสิก จักษุวิทยา	PCT6
7	PCT ทันตกรรม	DEN

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 5/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

ลำดับที่	หน่วยงานทางคลินิก	อักษรย่อ
1	อุบัติเหตุฉุกเฉิน	A&E
2	ผู้ป่วยนอก 1	OPD1
3	ห้องผ่าตัด	OR
4	วิสัญญี	ANE
5	ห้องคลอด	LR
6	ผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่	CRI1
7	ผู้ป่วยหนักเด็ก	CRI2
8	ไตเทียม	CRI3
9	ศัลยกรรมชาย	INP1
10	ศัลยกรรมหญิง	INP2
11	ศัลยกรรมกระดูก	INP3
12	อายุรกรรมชาย	INP4
13	อายุรกรรมหญิง	INP5
14	เด็ก 1	INP6
15	เด็ก 2	INP7
16	สูตินรีเวช	INP8
17	หู-ตา-คอ-จมูก	INP9
18	พิเศษ 1	INP10
19	พิเศษ 2	INP11
20	พิเศษ 3	INP12
21	EMS	EMS
22	เภสัชกรรม (บริหารเวชภัณฑ์)	PHA1
23	เภสัชกรรม (ฝ่ายผลิต)	PHA2
24	เภสัชกรรม (ผู้ป่วยใน)	PHA3
25	เภสัชกรรม (ผู้ป่วยนอก)	PHA4
26	จิตเวช	PSY
27	เวชกรรมสังคม	DSM
28	ศูนย์สุขภาพชุมชน	PCU
29	อาชีวอนามัย	OHS
30	แพทย์แผนไทย	TM
31	กายภาพบำบัด	REH

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 6/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

ลำดับที่	หน่วยงานทางคลินิก	อักษรย่อ
32	กายอุปกรณ์	REH1
33	พยาธิวิทยา	LAB
34	ธนาคารเลือด	BB
35	รังสีวิทยา	RAD
36	ศูนย์แปล	SC
37	ศูนย์ CMC	CMC
38	เคมีบำบัด	CHE
39	การพยาบาลชุมชน	CNP
40	ICU ศัลย์	CRI4
41	CCU	CCU
42	RCU	RCU
43	ตึกแยกโรค	ISO
44	อายุรกรรมรวมใจรักษ์	INP13
45	ศัลยกรรมเอื้ออารีย์	INP14
46	พิเศษพญาศรีฯ	INP15
47	พิเศษแสงสิงค์แก้ว	INP16

ลำดับที่	หน่วยงานฝ่ายสนับสนุน	อักษรย่อ
1	บริหารทั่วไป	DD
2	ยาม	DD1
3	ยานพาหนะ	VEH
4	งานทรัพยากรบุคคล	HR
5	งานการเงิน	FIN
6	พัสดุ	PAR
7	วิชาการ	ET
8	ห้องสมุด	ET1
9	เวชภัณฑ์	ET2
10	งานนโยบายและแผน	SP
11	ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	HACC
12	เวชระเบียน	REG

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 7/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

ลำดับที่	หน่วยงานทางคลินิก	อักษรย่อ
13	ห้องบัตร	REG1
14	งานประกันสุขภาพ	HHO
15	สังคมสงเคราะห์	SOC
16	ศูนย์ computer	COM
17	ซักฟอก	TD
18	จ่ายกลาง	CSSD
19	โภชนาการ	NUT
20	ซ่อมบำรุง	ENV
21	งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์	PR
22	งานเลขานุการ	SEC
23	งานตรวจสอบภายใน	ITN
24	งานการบัญชี	ACC
25	ตัดเย็บ	SEW

5.4 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพ

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1.การขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ	กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเฉพาะส่วนที่ 1 (ผู้เสนอ) จำนวน 1 ใบต่อเอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน 1เรื่อง แนบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ขอขึ้นทะเบียน	ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ
2.การตรวจสอบเบื้องต้น	ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารดังนี้ -ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้น -รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ -ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร	ระเบียบปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	หัวหน้าหน่วยงาน/ประธานทีมคร่อมสายงาน

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 8/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
3.การตรวจสอบ รายละเอียด	-รายละเอียดของเนื้อหาในเอกสาร คุณภาพต้องไม่ขัดแย้งกับนโยบาย คุณภาพหรือเอกสารคุณภาพอื่นๆ ที่มีการนำไปใช้ -ความจำเป็นในการจัดทำเอกสาร ดังกล่าว -ความถูกต้อง เหมาะสมของ เนื้อหาเอกสาร กรณีผ่านการเห็นชอบให้ลงนาม ในผู้ตรวจสอบส่วนที่2 -กรณีไม่เห็นชอบให้ส่งกลับผู้เสนอ ในส่วนที่ 1 เพื่อแก้ไข	-เอกสารคุณภาพที่ขอ ขึ้นทะเบียน -ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ	หัวหน้าฝ่าย/ ประธานทีม คร่อมสายงาน
4.การนำเสนออนุมัติ	-ระดับเอกสารที่เป็นแนวทาง ปฏิบัติ(Work Instructions)อนุมัติ ใช้โดยหัวหน้าฝ่ายของแต่ละ หน่วยงาน/ประธานของแต่ละทีม -เอกสารระดับนโยบายคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบ ปฏิบัติ (System Procedure) ที่ ได้รับการตรวจสอบรายละเอียด และลงนามจากหัวหน้าฝ่ายแล้ว ให้ ฝ่ายดำเนินการนำเสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อ พิจารณาอนุมัติใช้	-เอกสารคุณภาพที่ขอ ขึ้นทะเบียน -ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	หัวหน้าฝ่าย
5.การอนุมัติ	-ผู้อนุมัติพิจารณาเอกสารคุณภาพ หากพบว่าต้องแก้ไขให้ส่งกลับฝ่าย และหน่วยงานตามลำดับ -กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นสมควร อนุมัติใช้ให้ลงนามผู้อนุมัติส่วนที่ 3 และส่งต่องานคุณภาพโรงพยาบาล	-เอกสารคุณภาพที่ขอ ขึ้นทะเบียน -ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	ผู้อำนวยการ สถาบันฯ
6.การขึ้นทะเบียนและ จัดเก็บเอกสาร	งานคุณภาพดำเนินการขึ้นทะเบียน และออกรหัสเอกสารพร้อม ประทับตราวันที่ลงในเอกสาร โดย จัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์และ เก็บรวบรวมต้นฉบับเอกสาร	-ทะเบียนเอกสาร คุณภาพ -คอมพิวเตอร์	งานคุณภาพ โรงพยาบาล

เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	หน้า : 9/9
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)	รหัสเอกสาร : HA-SP-001-06

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
7.การส่งคืนเอกสาร	เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังหน่วยงาน/ทีมฯของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก	งานคุณภาพ โรงพยาบาล
8.การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ	หน่วยงาน/ทีม จัดเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติไว้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกตามความเหมาะสม		หน่วยงาน/ทีม
9.การแก้ไข/ยกเลิกการใช้เอกสาร	ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียน โดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ยกเลิก	-เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ยกเลิก -เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน	หน่วยงาน/ทีม

6. เกณฑ์ชี้วัด

- ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง เป้าหมาย 95 %

7. เอกสารอ้างอิง

เอกสารประกอบการสอน เรื่องระบบเอกสาร ของสำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

8. ภาคผนวก

- ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ
- แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ



ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ _____

คณะกรรมการ/หน่วยงาน _____

เรื่อง

☐ การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ

☐ การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ

☐ การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ

☐ นโยบายคุณภาพ(Quality Manual)

☐ ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

☐ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

☐ เอกสารสนับสนุน (Support Document)

เอกสารคุณภาพเรื่อง _____

รหัสเอกสารคุณภาพ _____

เหตุผลการจัดทำ _____

☐ กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย

☐ กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ _____ ผู้เสนอขอ

ตำแหน่ง _____

ส่วนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

☐ เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ

☐ ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____

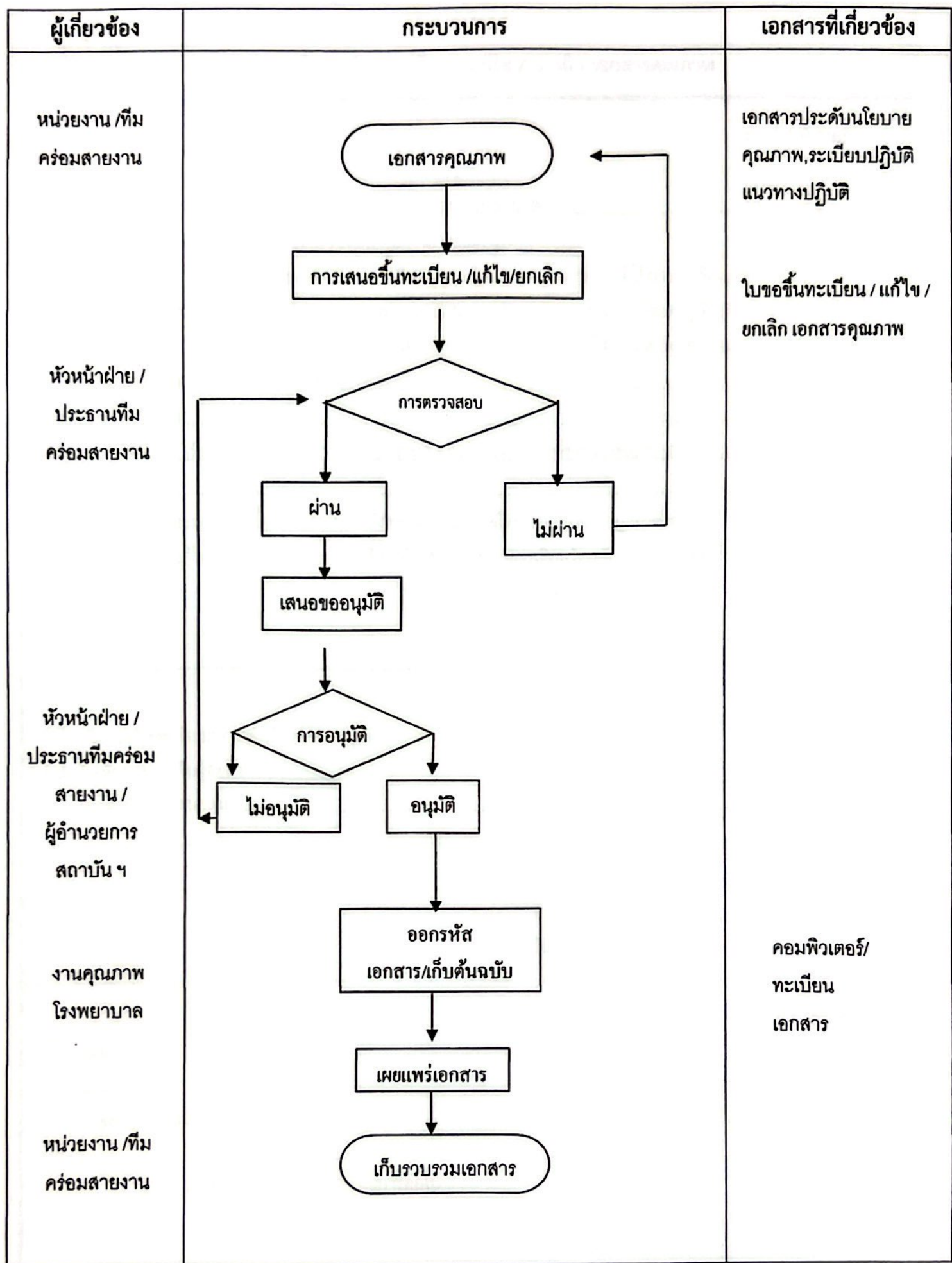
เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

แผนผังขั้นตอนการขึ้นทะเบียน / แก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ





- ตัวอย่าง -

ใบขอขึ้นทะเบียน / ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอ

วันที่เสนอ 2 พฤษภาคม 2555

คณะกรรมการ/หน่วยงาน งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

เรื่อง

☐ การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ

☒ การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ

☐ การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ

☐ นโยบายคุณภาพ(Quality Manual)

☒ ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

☐ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

☐ เอกสารสนับสนุน (Support Document)

เอกสารคุณภาพเรื่อง ระบบเอกสารคุณภาพ

รหัสเอกสารคุณภาพ

เหตุผลการจัดทำ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาล

☐ กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย

☐ กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ _____ ผู้เสนอขอ

ตำแหน่ง _____

ส่วนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ

☐ เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ

☐ ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อแนะ _____

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

วันที่ _____

รูปแบบเอกสาร ระดับนโยบายคุณภาพ(Quality Manual)

หัวกระดาษเอกสารสำหรับหน้าแรก

		โรงพยาบาลนครพนม	
		นโยบาย	
นโยบายเรื่อง :			
ชื่อหน่วยงาน : (หน่วยงานหลัก)		วันที่ :	
ผู้ตรวจสอบ : (.....)		ผู้อนุมัติ :	
ตำแหน่ง		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	

รูปแบบเอกสาร ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

หัวกระดาษเอกสารสำหรับหน้าแรก

 โรงพยาบาลนครพนม	
ระดับเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) เลขที่ :	ฉบับที่ :
เรื่อง : ระบบเอกสารคุณภาพ	วันที่ :
แผนก : ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงาน
ผู้จัดทำ : (.....) ตำแหน่ง ผู้ทบทวน : (.....) ตำแหน่ง	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- วัตถุประสงค์ : อธิบายว่าระเบียบปฏิบัติงานนี้ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร หรือจะป้องกันปัญหาอะไร
- ขอบข่าย : เป็นการวางขอบข่ายและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่า ครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์แค่ไหน สถานที่ใดบ้าง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น วิธีปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ ใช้สำหรับ ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ
- คำจำกัดความ : ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/คำที่น่าจะแปลหรือมีความหมายหลายนัย เพื่อให้ผู้ใช้เอกสารคุณภาพเข้าใจชัดเจนถูกต้อง หรืออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด
- เอกสารอ้างอิง : ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น ที่อ้างอิงในรายละเอียดของระเบียบปฏิบัติอื่น วิธีปฏิบัติงานอื่น มาตรฐานหรือเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- รายละเอียด : อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องนั้น ซึ่งกล่าวถึงใครรับผิดชอบ ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรม
- ภาคผนวก : ส่วนนี้ใช้สำหรับเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน ได้แก่ Flowchart แบบฟอร์มที่อ้างอิงถึง

รูปแบบเอกสาร แนวทางปฏิบัติ (Work Instruction)

หัวกระดาษเอกสารสำหรับหน้าแรก

 โรงพยาบาลนครพนม	
ระดับเอกสาร : แนวทางปฏิบัติ (Work Instruction) เลขที่ :	ฉบับที่ :
เรื่อง :	วันที่ :
หน่วยงาน :	
ผู้จัดทำ : (.....) ตำแหน่ง ผู้ทบทวน : (.....) ตำแหน่ง	ผู้อนุมัติ :

- วัตถุประสงค์ : อธิบายว่าระเบียบปฏิบัติงานนี้ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร หรือจะป้องกันปัญหาอะไร
- ขอบข่าย : เป็นการวางขอบข่ายและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่า ครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์แค่ไหน สถานที่ใดบ้าง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น วิธีปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ ใช้สำหรับ ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ
- อุปกรณ์/เครื่องมือ : ระบุอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานนั้น (ถ้ามี)
- ความรับผิดชอบ : ระบุตำแหน่งของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น เช่น พยาบาล
- คำจำกัดความ : ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/คำที่น่าจะแปลหรือมีความหมายหลายนัย เพื่อให้ผู้ใช้เอกสารคุณภาพเข้าใจชัดเจนถูกต้อง หรืออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด
- เอกสารอ้างอิง : ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น ที่อ้างอิงในรายละเอียดของระเบียบปฏิบัติอื่น วิธีปฏิบัติงานอื่น มาตรฐานหรือเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- รายละเอียด : อธิบายรายละเอียดวิธีการปฏิบัติงานเรื่องนั้นอย่างละเอียด
- ภาคผนวก : ส่วนนี้ใช้สำหรับเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน ได้แก่ Flowchart แบบฟอร์มที่อ้างอิงถึง

หัวกระดาษเอกสารสำหรับหน้าต่อไป

เรื่อง :	หน้า :
ระดับเอกสาร :	รหัสเอกสาร :

รูปแบบเอกสาร เอกสารสนับสนุน (Support Document)

หัวกระดาษเอกสารสำหรับหน้าแรก

		โรงพยาบาลนครพนม	
		คู่มือการปฏิบัติงาน	
คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง :			
ชื่อหน่วยงาน : (หน่วยงานหลัก)		วันที่ :	
ผู้ตรวจสอบ : (.....)		ผู้อนุมัติ :	
ตำแหน่ง		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม	