

ระเบียบปฏิบัติ

Quality Procedure

เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ



กลุ่มพัฒนาระบบคุณภาพบริการ และมาตรฐาน โรงพยาบาลลำพูน

รหัสเอกสาร LP-QP-SER-001	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 1	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวปิยนุช ทุนรุ่งช้าง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		29 มี.ค.66
ผู้ทบทวน	นางสาวทัศนีย์ ผู้จัดการคุณภาพ		29 มี.ค.66
ผู้อนุมัติ	แพทย์หญิงจุฑามาศ สมชาติ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและ มาตรฐาน		29 มี.ค.66



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 3/ 16

1. วัตถุประสงค์

ระเบียบปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดทำเอกสารคุณภาพในโรงพยาบาลลำพูน

2. ขอบเขต

การจัดทำเอกสารในระบบคุณภาพครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลลำพูน ที่เกี่ยวข้องกับระบบเอกสารคุณภาพ เพื่อให้มีรูปแบบในการจัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

3. นิยามและคำย่อ

3.1. เอกสารคุณภาพ หมายถึง เอกสารทุกชนิด ทุกระดับ/ประเภท ที่ใช้ในระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งประกอบด้วย เอกสาร 5 ระดับ ดังนี้

3.1.1. คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) หมายถึง เอกสารที่ระบุนโยบายและวัตถุประสงค์ในเรื่องหลัก ที่แสดงภาพรวมระบบคุณภาพของโรงพยาบาลลำพูน เพื่อให้บุคลากรทุกท่านยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยกล่าวถึงข้อมูลทั่วไป ทิศทางนโยบาย แผน เป้าหมาย โครงสร้างการบริหารและการประสานบริการของโรงพยาบาลลำพูน ทีมเฉพาะด้าน องค์กรวิชาชีพ และทีมต่างๆ ที่สำคัญ ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงกระบวนการผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลลำพูนด้วย

3.1.2. ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure) หมายถึง เอกสารที่แสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานหรือหลายหน่วยงานของแต่ละกิจกรรมอย่างละเอียด โดยจะบ่งบอกถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรตามตำแหน่งต่างๆว่า ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด และเป็นเอกสารที่ใช้ประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 4/ 16

3.1.3. วิธีปฏิบัติ (work Instruction) หมายถึง เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน โดยอธิบายถึงการทำงานของแต่ละกระบวนการอย่างละเอียดมากกว่าระเบียบปฏิบัติ เนื่องจากเป็นวิธีการปฏิบัติงาน/เป็นขั้นตอนที่เฉพาะของแต่ละหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อป้องกันความผิดพลาดและเกิดความมั่นใจว่าผลงานที่ได้จะเกิดประสิทธิผลสูงสุด

3.1.4. เอกสารสนับสนุน (Supporting Document) หมายถึง เอกสารที่ใช้อ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพที่ช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น เช่น แบบฟอร์มต่างๆ ของแต่ละหน่วยงานที่ใช้ในการบันทึกคู่มือที่จัดทำขึ้นประกอบการปฏิบัติงานและรวมถึงเอกสารจากภายนอก เช่น มาตรฐานโรงพยาบาล มาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น

3.1.5. แบบฟอร์ม(Form) เป็นแบบบันทึกการทำงานต่างๆ ที่หน่วยงานใช้ประกอบการปฏิบัติงานเช่น แบบบันทึกผลการตรวจ แบบบันทึกอาการของผู้ป่วย เป็นต้น

3.2. ผู้ได้รับมอบหมายหมายถึง หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน/ประธานกรรมการที่เกี่ยวข้องในการจัดทำเอกสาร หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร

3.3. ผู้จัดทำ หมายถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการจัดทำหรือทบทวนเอกสารคุณภาพ

4. หน้าที่และความรับผิดชอบ

4.1. คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

4.1.1. ผู้จัดทำ คือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีหน้าที่ดำเนินการจัดทำ ทบทวน แก้ไข เอกสารคุณภาพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนด ตลอดจนการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ เสนอให้ผู้ทบทวนดำเนินการทบทวนเนื้อหาให้ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติลงนาม

4.1.2. ผู้จัดการคุณภาพ โรงพยาบาล มีหน้าที่ทบทวนคู่มือคุณภาพ (Quality Manual)และลงนามการทบทวน



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 5/ 16

4.1.3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูนหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ เป็นผู้มีหน้าที่อนุมัติคู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

4.2. ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)

4.2.1. ผู้จัดทำ คือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีหน้าที่ดำเนินการจัดทำ ทบทวน แก้ไข เอกสารคุณภาพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนด ตลอดจนการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ เสนอให้ผู้ทบทวนดำเนินการทบทวนเนื้อหาให้ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติลงนาม

4.2.2. หัวหน้ากลุ่มงาน มีหน้าที่ทบทวนระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure) และลงนามการทบทวน

4.2.3. ผู้จัดการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้มีหน้าที่อนุมัติระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)

4.3. วิธีปฏิบัติ (work Instruction)

4.3.1. ผู้จัดทำ คือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีหน้าที่ดำเนินการจัดทำ ทบทวน แก้ไข เอกสารคุณภาพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนด ตลอดจนการขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ เสนอให้ผู้ทบทวนดำเนินการทบทวนเนื้อหาให้ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติลงนาม

4.3.2. ผู้จัดการคุณภาพหน่วยงาน มีหน้าที่ทบทวนระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure) และลงนามการทบทวน

4.3.3. หัวหน้ากลุ่มงาน เป็นผู้มีหน้าที่อนุมัติระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)

4.4. ผู้ควบคุมเอกสารคุณภาพ มีหน้าที่ดำเนินการรวบรวมเอกสารคุณภาพจากหน่วยงานต่างๆ ออกรหัสและขึ้นทะเบียนในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับ และส่งต่อเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน

5. ขั้นตอนการดำเนินการ

5.1. การกำหนดชนิดลำดับชั้นและรหัสของเอกสารคุณภาพมีดังนี้

5.1.1. เอกสารระดับที่ 1 คือ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM) รหัสเอกสาร LP-QM-YYY-ZZZ

รหัส	ย่อมาจาก	หมายถึง
LP	LAMPHUN HOSPITAL	โรงพยาบาลลำพูน

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 6/ 16

QM	Quality Manual	คู่มือคุณภาพ
YYY	คือรหัสหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร	ดูในภาคผนวก 1
ZZZ	ลำดับเลขที่ของเอกสารที่มีในหน่วยงาน	โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 001-999 เช่น LP-QM-SER-001

5.1.2 เอกสารระดับที่ 2 คือระเบียบปฏิบัติงาน (Quality Procedure : QP) รหัสเอกสาร LP-QP-YYY-ZZZ

รหัส	ย่อมาจาก	หมายถึง
LP	LAMPHUN HOSPITAL	โรงพยาบาลลำพูน
QP	Quality Procedure	ระเบียบปฏิบัติ
YYY	คือรหัสหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร	ดูในภาคผนวก 1
ZZZ	ลำดับเลขที่ของเอกสารที่มีในหน่วยงาน	โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 001-999 เช่น LP-QP-SER-001

5.1.3 เอกสารระดับที่ 3 คือวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) รหัสเอกสาร LP-WI-YYY-ZZZ

รหัส	ย่อมาจาก	หมายถึง
LP	LAMPHUN HOSPITAL	โรงพยาบาลลำพูน
WI	Work Instruction	วิธีปฏิบัติงาน
YYY	คือรหัสหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร	ดูในภาคผนวก 1
ZZZ	ลำดับเลขที่ของเอกสารที่มีในหน่วยงาน	โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 001-999 เช่น LP-WI-SER-001

5.1.4 เอกสารระดับที่ 4 คือเอกสารสนับสนุน (Supporting Document : SD) รหัสเอกสาร LP-SD-YYY-ZZZ

รหัส	ย่อมาจาก	หมายถึง
------	----------	---------

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

	กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
	เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 7/ 16

LP	LAMPHUN HOSPITAL	โรงพยาบาลลำพูน
SD	Supporting Document	เอกสารสนับสนุน
YYY	คือรหัสหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร	ดูในภาคผนวก 1
ZZZ	ลำดับเลขที่ของเอกสารที่มีในหน่วยงาน โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 001-999 เช่น LP-SD-SER-001	

5.1.2 เอกสารระดับที่ 5 คือแบบฟอร์ม (Form : FR) รหัสเอกสาร **LP-FR-YYY-ZZZ**

รหัส	ย่อมาจาก	หมายถึง
LP	LAMPHUN HOSPITAL	โรงพยาบาลลำพูน
FR	Form	แบบฟอร์ม
YYY	คือรหัสหน่วยงานที่จัดทำเอกสาร	ดูในภาคผนวก 1
ZZZ	ลำดับเลขที่ของเอกสารที่มีในหน่วยงาน โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 001-999 เช่น LP-FR-SER-001	

5.2 การเขียนเอกสารเอกสารคุณภาพ การเขียนเอกสารเนื้อหาให้ใช้ตัวหนังสือ Angsana New ขนาด 16 โดยเอกสารแต่ละลำดับมีรายละเอียดดังนี้

5.2.2 คู่มือคุณภาพ(Quality manual: QM) ต้องประกอบด้วย

5.2.2.1 หน้าแรกเป็นปกให้ระบุลำดับชั้นเอกสารว่าเป็นคู่มือคุณภาพ ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัสเอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ ผู้จัดทำ ผู้ทบทวน ผู้อนุมัติ วันเดือนปี

5.2.2.2 หน้าที่ 2 เป็นบันทึกการแก้ไขเอกสารคุณภาพ เพื่อจะได้ทราบว่า เอกสารมีประวัติการอนุมัติใช้และทบทวน แก้ไขอะไรบ้าง อย่างไร ให้บันทึกการทบทวน แก้ไข อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี หัวกระดาษต้องระบุ เป็นคู่มือคุณภาพ ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัสเอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ และหน้าที่ / หน้าที่ทั้งหมด

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 8/ 16

5.2.2.3 หัวข้อในการจัดทำประกอบด้วย

- 1) บทนำ อธิบายบริบทของกลุ่มงาน / งาน
- 2) นโยบายคุณภาพ
- 3) การดำเนินงานคุณภาพ
- 4) องค์กรและการบริหารจัดการ
- 5) การบริหารจัดการด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ
- 6) ความปลอดภัย
- 7) การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน
- 8) สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมวิชาชีพ

5.2.3 ระเบียบปฏิบัติงาน (Quality Procedure: QP) ประกอบด้วย

5.2.3.1 หน้าแรกเป็นปกให้ระบุลำดับชั้นเอกสารว่าเป็นระเบียบปฏิบัติ ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัสเอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ ผู้จัดทำ ผู้ทบทวน ผู้อนุมัติ วันเดือนปี

5.2.3.2 หน้าที่ 2 เป็นบันทึกการแก้ไขเอกสารคุณภาพ เพื่อจะได้ทราบว่า เอกสารมีประวัติการอนุมัติใช้และทบทวน แก้ไขอะไรบ้าง อย่างไร ให้ บันทึกการทบทวน แก้ไข อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี หัวกระดาษต้องระบุ เป็นระเบียบปฏิบัติ ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัส เอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ และหน้าที่ / หน้าที่ทั้งหมด

5.2.3.3 หัวข้อในการจัดทำประกอบด้วย

- 1) วัตถุประสงค์
- 2) ขอบเขต
- 3) นิยามและคำย่อ
- 4) หน้าที่และความรับผิดชอบ
- 5) ขั้นตอนการดำเนินการ
- 6) Flow chart

	กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
	เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 9/ 16

7) เอกสารอ้างอิง

8) แบบบันทึกคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

5.2.4 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI)

5.2.4.1 หน้าแรกเป็นปกให้ระบุลำดับชั้นเอกสารว่าเป็นวิธีปฏิบัติงาน ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัสเอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ ผู้จัดทำ ผู้ทบทวน ผู้อนุมัติ วันเดือนปี

5.2.4.2 หน้าที่ 2 เป็นบันทึกการแก้ไขเอกสารคุณภาพ เพื่อจะได้ทราบว่า เอกสารมีประวัติการอนุมัติใช้และทบทวน แก้ไขอะไรบ้าง อย่างไร ให้ บันทึกการทบทวน แก้ไข อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี หัวกระดาษต้องระบุ เป็นวิธีปฏิบัติงาน ชื่อเรื่อง ชื่อกลุ่มงาน โรงพยาบาลลำพูน รหัสเอกสาร ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ และหน้าที่ / หน้าที่ทั้งหมด

5.2.4.3 โดยหัวข้อการจัดทำเอกสารประกอบด้วย

- 1) วัตถุประสงค์
- 2) ขอบเขต
- 3) นิยามและคำย่อ
- 4) หน้าที่และความรับผิดชอบ
- 5) ขั้นตอนการดำเนินการ
- 6) Flow chart
- 7) เอกสารอ้างอิง
- 8) แบบบันทึกคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

5.2.5 เอกสารสนับสนุน (Supportive document) ให้หน่วยงานควบคุมเองโดยจัดทำทะเบียนคุมเอกสารขึ้นภายในหน่วยงาน ดิรหัสเอกสารให้ติดที่ ด้านซ้ายท้ายกระดาษ



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 10/ 16

5.2.6 φόρμ (Form) ให้หน่วยงานควบคุมเองโดยจัดทำทะเบียนคุมเอกสารขึ้นภายในหน่วยงาน โดยการออกแบบแบบฟอร์มขึ้นอยู่กับการใช้งาน และให้ระบุรหัสแบบฟอร์มที่ด้านซ้ายท้ายกระดาษ ต้องระบุครั้งที่ทบทวน และวันที่ เช่น LP-FR-SER-001 :Rev00 : 11/11/2563

5.3 กำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดทำ ทบทวน และอนุมัติดังนี้

	คู่มือคุณภาพ (QM)	ระเบียบปฏิบัติงาน (QP)	วิธีปฏิบัติงาน (WI)	เอกสารสนับสนุน (SD)	แบบฟอร์ม (FR)
ผู้จัดทำ	ผู้จัดการคุณภาพ โรงพยาบาลลำพูน	หัวหน้างาน/ ผู้รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติงาน/ หัวหน้างาน	ผู้ปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงาน
ผู้ทบทวน	หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาบริการและ มาตรฐาน	ผู้จัดการคุณภาพ โรงพยาบาลลำพูน	ผู้จัดการ วิชาการ กลุ่มงาน	หัวหน้างาน	หัวหน้างาน
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ ผู้รับมอบ	หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ บริการและมาตรฐาน	ผู้จัดการ คุณภาพ โรงพยาบาล ลำพูน	หัวหน้ากลุ่ม งาน	หัวหน้ากลุ่ม งาน
ผู้ออกเลข เอกสาร	ศูนย์คุณภาพ	ศูนย์คุณภาพ	ศูนย์คุณภาพ	ผู้ได้รับ มอบหมายของ กลุ่มงาน	ผู้ได้รับ มอบหมายของ กลุ่มงาน

5.4 การออกเลขเอกสารให้ผู้ควบคุมเอกสารเป็นผู้ออกหมายเลขเอกสารคุณภาพ โดยบันทึกการออกเอกสารไว้ใน Master list เอกสารคุณภาพ โดยบันทึกรหัสเอกสาร ชื่อเรื่อง ผู้จัดทำ วันที่ออกเอกสาร ผู้จัดเก็บเอกสาร วันที่แก้ไข/ทบทวนเอกสาร

5.5 การควบคุมเอกสาร เมื่อเอกสารได้รับการอนุมัติแล้วมีการถ่ายสำเนาเอกสารคุณภาพให้มีการประทับตราดังนี้

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 11/ 16

5.5.1 **สำเนาเอกสารควบคุม** หมายถึงเอกสารคุณภาพที่มีการถ่ายสำเนาให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ไม่สามารถนำออกนอกโรงพยาบาล คัดลอกหรือถ่ายสำเนาได้ เว้นแต่จะได้รับการอนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้จัดการคุณภาพและอยู่ในทะเบียนควบคุม ให้ประทับตราอย่างว่า “สำเนาเอกสารควบคุม” ☞ ด้วยหมึกสีแดงกลางเอกสารคุณภาพหน้าแรกเท่านั้น

5.5.2 **สำเนาเอกสารไม่ควบคุม** หมายถึงเอกสารคุณภาพที่มีการถ่ายสำเนาให้แก่ผู้เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาลเช่นสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เป็นเอกสารที่ไม่อยู่ในทะเบียนควบคุมให้ประทับตราอย่างว่า “สำเนาเอกสารไม่ควบคุม” ☞ ด้วยหมึกสีน้ำเงินกลางเอกสารคุณภาพหน้าแรกเท่านั้น

5.6 **การนำจ่าย เรียกคืนเอกสารและการทำลาย** การนำจ่ายเอกสารกรณีเป็น “สำเนาเอกสารควบคุม” ให้บันทึกในบัญชีนำจ่ายและเรียกคืนเอกสาร และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงเอกสารให้เรียกคืนเอกสารฉบับเก่า และแจกเอกสารฉบับใหม่พร้อมบันทึกผู้รับผู้จ่าย และวันที่รับจ่ายเอกสาร เอกสารที่เรียกคืนแล้วให้เขียนทับว่า “ยกเลิก” สีแดง และห้ามเก็บไว้ในพื้นที่ปฏิบัติงาน และทำลายเอกสารเพื่อไม่ให้มีการนำมาใช้ต่อไป

5.7 **การเปลี่ยนแปลงแก้ไขและการทบทวนเอกสารคุณภาพ** ในระหว่างปีสามารถดำเนินการแก้ไขเอกสารได้ด้วยปากกาสีน้ำเงินและพับหน้าที่ได้ทำการแก้ไขไว้ และดำเนินการแก้ไขให้เป็นฉบับสมบูรณ์หลังจากครบรอบทบทวนเอกสาร 12 เดือนต่อครั้ง โดยให้ใส่สัญลักษณ์ ☞ ลงไปหน้าข้อความที่มีการแก้ไข ห้ามใช้ปากกาลบคำผิดในการแก้ไขเอกสาร แต่ให้ใช้ปากกาขีดทับข้อความที่ต้องการแก้ไขลงชื่อและวันที่กำกับ

5.8 **การเก็บเอกสารคุณภาพให้ดำเนินการจัดเก็บไว้ในแฟ้มเอกสาร ณ ห้องเอกสารคุณภาพ** และจัดทำป้ายระบุให้ชัดเจน กำหนดให้มี ☞ ระยะเวลาในการจัดเก็บ 3 ปี

5.9 เอกสาร Electronic document

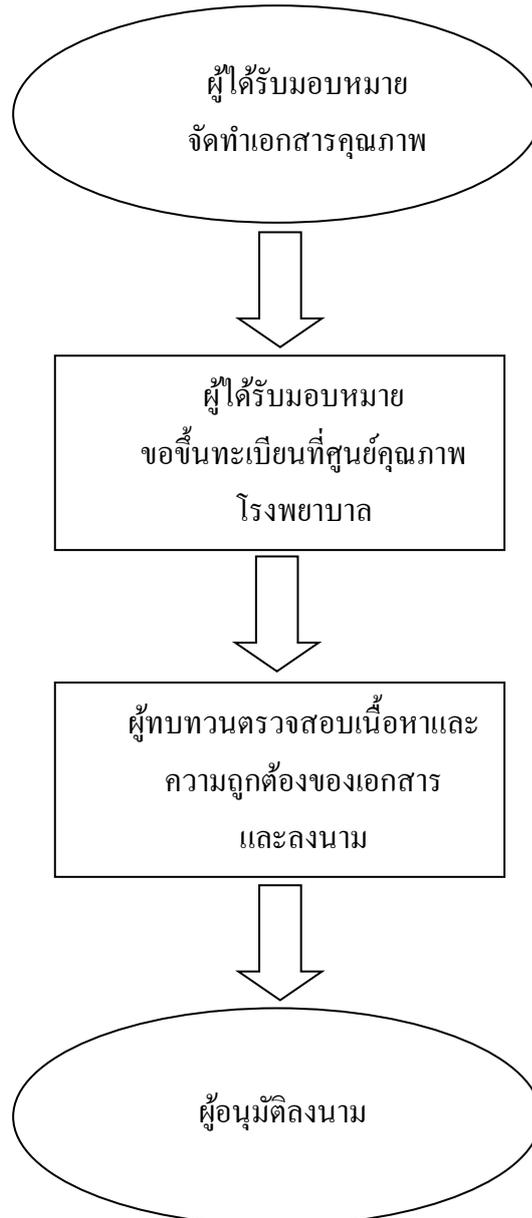
5.9.1 Electronic document จะถูกบันทึกไว้ใน Server ของโรงพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงเอกสารคุณภาพฉบับใด ผู้จัดทำต้องทำหนังสือแจ้งเวียนเรื่องการจัดทำเอกสารฉบับใหม่ให้บุคคลผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 12/ 16

และลงนามไว้เป็นหลักฐาน และให้ทำการลบ Electronic document ฉบับ
เก่าออกจากระบบ และโหลด Electronic document ฉบับใหม่

6. Flow chart



เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

	กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
	เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 13/ 16

7. เอกสารอ้างอิง

-

8. แบบบันทึกคุณภาพที่เกี่ยวข้อง

-

	กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
	เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 14/ 16

ภาคผนวก 1

YYY คือรหัสหน่วยงานมีดังนี้

NO	หน่วยงาน	คำย่อ
1	โรงพยาบาลลำพูน	LPNH
2	กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	DIR
3	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ADM
4	กลุ่มงานพัสดุ	SUP
5	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	INF
6	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	HR
7	กลุ่มงานการเงิน	FIN
8	กลุ่มงานบัญชี	ACC
9	กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	SER
10	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์	INT
11	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	INS
12	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โครงการ	SRT
13	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	HRD
14	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	QCC
15	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	NUR
16	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ER
17	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	OPD
18	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	ICU
19	กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	LR
20	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	OP
21	กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	ANA
22	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	MED

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต



กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 15/ 16

23	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	ANC
24	กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช	MEN
25	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	PED
26	กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ	PRI
27	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	OPP
28	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	CMD
29	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	SOM
30	กลุ่มงานสุขศึกษา	EDU
31	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	OCC
32	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	CNP
33	กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	SEC
34	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	
35	กลุ่มงานอายุรกรรม	
36	กลุ่มงานศัลยกรรม	SUR
37	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์	
38	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	
39	กลุ่มงานจักษุวิทยา	EYE
40	กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก	ENT
41	กลุ่มงานโภชนศาสตร์	NUR
42	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	
43	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	
44	กลุ่มงานจิตเวช	
45	กลุ่มงานทันตกรรม	DEN
46	กลุ่มงานรังสีวิทยา	
47	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	
48	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

	กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	LP-QP-SER-001
	ระเบียบปฏิบัติ (Quality Procedure)	
	เรื่อง การจัดทำเอกสารคุณภาพ	
	ทบทวน/แก้ไขครั้งที่ 0	หน้า 16/ 16

49	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	SOC
50	กลุ่มงานเภสัชกรรม	
51	กลุ่มงานนิติเวช	

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลลำพูน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอก หรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต