

แนวทางการตรวจประเมินแบบฟอร์ม Informed Consent
เพื่อขออนุมัติรับรองแบบฟอร์ม Informed Consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. ผู้ตรวจประเมินแบบฟอร์ม (Auditor)

นักวิชาการเวชสถิติ หน่วยเวชสถิติและข้อมูลกลาง งานเวชระเบียน

2. หน้าที่

ผู้ตรวจประเมินแบบฟอร์ม (Auditor) ตรวจสอบรายการแบบฟอร์ม Informed Consent ที่ส่งเข้ามารับรองแบบฟอร์มในระบบคลังแบบฟอร์ม Informed Consent โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงานการให้บริการรับรองแบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้แพทย์ตรวจรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ (Informed consent) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. เกณฑ์ประเมินแบบฟอร์ม

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีช่องสำหรับบันทึกชื่อ และนามสกุล ผู้ป่วยถูกต้องชัดเจน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีช่องสำหรับบันทึกลายมือชื่อผู้ให้คำอธิบาย (โดยระบุชื่อ นามสกุล และตำแหน่ง) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีช่องสำหรับบันทึกลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ (โดยต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) ชื่อ และนามสกุล ของผู้รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษาหรือหัตถการ กรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี (ยกเว้นสมรสตามกฎหมาย) หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้มีผู้ลงนามยินยอม โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้ชัดเจน ยกเว้นกรณีดังนี้

1) กรณีมารับการรักษาที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ให้ถือเป็นกรณีมีความจำเป็นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้บริการต้องช่วยเหลือให้การรักษาทันทีไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

2) กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ถ้ามาคนเดียว และมารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้โดยต้องระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว ซึ่งควรให้ผู้ปกครองที่ขอบด้วยกฎหมายเซ็นรับทราบภายหลัง พร้อมระบุวันเดือนปีและเวลาที่รับทราบการรักษานั้น

เกณฑ์ข้อที่ 4 มีช่องสำหรับบันทึกลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของพยานฝ่ายผู้ป่วย 1 คน (กรณีลายพิมพ์นิ้วมือต้องระบุว่าเป็นของใครและใช้นิ้วใด) โดยระบุชื่อ นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างชัดเจน

- กรณีที่มาคนเดียว ต้องระบุว่า “มาคนเดียว”

เกณฑ์ข้อที่ 5 มีช่องสำหรับบันทึกลายมือชื่อพยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 1 คน โดยระบุชื่อนามสกุล และตำแหน่ง โดยต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ให้คำอธิบาย

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลระบุรายละเอียดเหตุผล หรือความจำเป็นในการเข้ารับการรักษ วิธีการรักษาหรือหัตถการ การใช้ระยะับความรู้สึก ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลระบุรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกในการรักษาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีช่องสำหรับบันทึก หรือมีข้อมูลระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สอดคล้องกับเกณฑ์ข้อที่ 6)

- กรณีที่เขียนว่า “ได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงผลดี ผลเสียของการผ่าตัดแล้ว” ไม่ถือว่ามีความหมายรายละเอียดเนื้อหาที่แจ้งแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีช่องสำหรับบันทึกวันเดือนปี และเวลา ที่รับทราบและยินยอมให้ทำการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 10 มีข้อความท้ายหนังสือ ระบุว่า “หนังสือฉบับนี้มีอายุ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ลงนาม”

4. วิธีการประเมิน

4.1 ผู้ตรวจประเมินแบบฟอร์ม (Auditor) ทำการประเมินแบบฟอร์มตามเกณฑ์ที่ละข้อ จนครบ 10 ข้อ

1. เกณฑ์ใดประเมินผ่าน ให้คลิก ☒ ผ่าน
2. เกณฑ์ใดประเมินไม่ผ่าน ให้คลิก ☒ ไม่ผ่าน และใส่สาเหตุที่ประเมินไม่ผ่านพร้อม

ข้อเสนอแนะลงในช่องหมายเหตุ

4.2 กรณีตรวจประเมินแบบฟอร์มไม่ผ่านเกณฑ์ ระบบจะแสดงสถานะการตรวจไม่ผ่านพร้อมระบุเหตุผล การตรวจไม่ผ่านและคำแนะนำของเกณฑ์นั้น ๆ กรณีนี้ Auditor ควรประสานสาขาวิชา/หน่วยบริการให้ทราบ ผลโดยเร็วและอธิบายทำความเข้าใจกับสาขาวิชา/หน่วยบริการถึงเหตุผลของการตรวจประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ และให้คำแนะนำวิธีดำเนินการแก้ไข

4.3 ในขั้นตอนการตรวจประเมินแบบฟอร์ม ให้ Auditor พิจารณาการจัดรูปแบบหน้าเอกสารของ แบบฟอร์ม เพื่อให้แบบฟอร์มสวยงามและมีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ หัวกระดาษ ท้ายกระดาษ หมายเลขหน้า ความสวยงามของการจัดรูปแบบเนื้อหา และการพิสูจน์อักษร กรณีพบว่าต้องแก้ไขหลายตำแหน่ง ซึ่งอาจทำให้ การจัดรูปแบบหน้าเอกสารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ให้แจ้งผู้ส่งแบบฟอร์มแก้ไขตามข้อเสนอแนะ กรณีพบปัญหา เพียงเล็กน้อยให้ Auditor ทำการแก้ไขด้วยตนเอง