

1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำเอกสารคุณภาพตามระบบให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 1.2. เพื่อให้เอกสารคุณภาพทุกฉบับที่ใช้มีความถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อน และเป็นปัจจุบัน

2. ขอบเขต

- 2.1. เอกสารคุณภาพที่ต้องนำมาขึ้นทะเบียน ได้แก่
 - 2.1.1. นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)
 - 2.1.2. ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)
 - 2.1.3. วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)
 - 2.1.4. แบบฟอร์ม (Form)
- 2.2. ต้องดำเนินการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ ในกรณีต่อไปนี้
 - 2.2.1. จัดทำเอกสารคุณภาพ
 - 2.2.2. ปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ
 - 2.2.3. ยกเลิกเอกสารคุณภาพ
- 2.3. ต้องมีรายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ แสดงจุดที่นำไปใช้งานและสถานะเอกสารให้เป็นปัจจุบัน

หมายเหตุ

1. เอกสารระดับวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) ไม่ต้องส่งมาขึ้นทะเบียนที่ศูนย์คุณภาพ ให้หน่วยงานดำเนินงานจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของหน่วยงานตนเอง

2. เอกสารระดับแบบฟอร์ม (Form : FM) หากใช้ประกอบวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) หรือใช้ภายในหน่วยงาน ไม่ต้องส่งมาขึ้นทะเบียนที่ศูนย์คุณภาพ ให้หน่วยงานดำเนินงานจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพของหน่วยงานตนเอง

3. คำจำกัดความ

3.1. เอกสารคุณภาพ หมายถึง หลักฐานซึ่งทำให้ปรากฏความหมายด้วยตัวอักษร ตัวเลข ผัง แบบแผนโดยวิธีพิมพ์ ภาพถ่าย หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อใช้เป็นสื่อถึงแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะงานที่ปฏิบัติจริงตามกระบวนการหลักของกลุ่มงาน หรือคร่อมสายงาน ระหว่างกลุ่มงาน โดยทั่วไปควรมีข้อความสั้น อ่านง่าย ทำความเข้าใจง่าย เมื่อเอกสารคุณภาพถูกนำมาขึ้นทะเบียนแล้ว บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางนั้น

3.2. ระดับเอกสารคุณภาพในระบบเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาล แบ่งระดับเอกสารคุณภาพออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

3.2.1. ระดับที่ 1 ระดับนโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Quality Manual : OM) เป็นเอกสารที่ระบุแนวทางอย่างกว้างๆ สำหรับให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือเพื่อปฏิบัติ สะท้อนให้เห็นจุดยืน และค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กร

3.2.2. ระดับที่ 2 ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP) เอกสารที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างกลุ่มงานหรือหลายกลุ่มงานของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งกระทำกิจกรรมต่อเนื่องกันในกระบวนการทำงานหนึ่งๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการเพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3.2.3. ระดับที่ 3 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) เอกสารที่แสดงวิธีปฏิบัติงานซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติโดยบุคคลคนเดียวตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ โดยระบุขั้นตอนการปฏิบัติงานเฉพาะด้านที่มีความละเอียด ทีละขั้นตอนอย่างชัดเจน และลงลึกมากกว่าระเบียบปฏิบัติ

3.2.4. ระดับที่ 4 แบบฟอร์ม (Form : FM) แบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกนำมาใช้อ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ เอกสารที่เป็นแบบฟอร์มใช้ประกอบในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง

4. ความรับผิดชอบ

4.1. ผู้จัดทำเอกสาร หมายถึง กลุ่มงาน ทีม หรือคณะกรรมการ ที่จัดทำเอกสารคุณภาพในเรื่องนั้น ๆ

4.2. ผู้ตรวจสอบเอกสาร หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ในรายละเอียดของเอกสารคุณภาพในเรื่องนั้น ๆ หรือทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในกระบวนการนั้น เป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและรับรองความถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ประธานคณะกรรมการ หรือประธานทีม

4.3. ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและรับรองว่าเอกสารคุณภาพฉบับนั้น ๆ สามารถนำไปเผยแพร่หรือปฏิบัติในองค์กรหรือหน่วยงานได้ เป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติใช้เอกสารแต่ละระดับของเอกสารเพื่อให้เอกสารนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และบังคับใช้ได้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ประธานกรรมการ หรือประธานทีม

4.4. ศูนย์คุณภาพ หมายถึง กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลปราสาท ทำหน้าที่ควบคุมเอกสารคุณภาพ ออกรหัสและลงทะเบียนกำกับในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับ และสำเนาเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน/ทีม

5. ขั้นตอนการปฏิบัติ

5.1. ขั้นตอนการจัดทำเอกสารคุณภาพ

5.1.1. เอกสารใหม่

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	
1. ร่างพิมพ์เอกสารคุณภาพให้ถูกต้อง เหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบในแต่ละระดับของเอกสารคุณภาพ ที่กำหนดในระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพ รหัส SP-QC-001-01	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร	
2. เขียนใบขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (FM-QC-001-00)		
3. เสนอผู้บริหารหน่วยงาน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ประธานคณะกรรมการ/ประธานทีม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตามหลักวิชาการ รายละเอียดของขั้นตอนหรือกระบวนการนั้น ๆ ของกลุ่มงาน/ทีม	หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ประธานคณะกรรมการ/ประธานทีม	
4. เมื่อผู้บริหารหน่วยงานเห็นชอบแล้ว ส่งขอขึ้นทะเบียนในรูปแบบ paper และ file ที่ศูนย์คุณภาพเพื่อตรวจสอบรูปแบบเอกสาร ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ FM-QC-001-00 - เอกสารคุณภาพที่ต้องการขึ้นทะเบียน - file เอกสารคุณภาพที่ต้องการขึ้นทะเบียน 	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร	
5. ศูนย์คุณภาพตรวจสอบรูปแบบเอกสาร และออกรหัสเอกสาร กรณีต้องปรับปรุงจะแจ้งกลับหน่วยงานภายใน 3 วัน	ศูนย์คุณภาพ	
6. จัดทำบันทึกข้อความโปรดลงนามรับรองเอกสารคุณภาพ		
7. เสนอผู้จัดทำ/ผู้เกี่ยวข้องลงนาม		
8. เสนอผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ประธานคณะกรรมการ/ประธานทีม ที่มีอำนาจอนุมัติตามประเภทของระดับเอกสาร ลงนามภายใน 5 วัน (กรณีไม่เห็นชอบ ส่งกลับให้ผู้จัดทำแก้ไขปรับปรุงเอกสารคุณภาพ)		
9. หลังจากเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว <ul style="list-style-type: none"> - ประทับวันที่อนุมัติใช้โดยยึดจากวันที่ผู้มีอำนาจอนุมัติตามประเภทของระดับเอกสารลงนาม - ลงทะเบียนในรูปแบบฟอร์มรายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ FM-QC-003-00, FM-QC-004-00, FM-QC-005-00, FM-QC-006-00 (แยกหน่วยงานและระดับเอกสาร) - จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพ และจัดทำไฟล์ PDF เก็บไว้ใน Folder งานเอกสารคุณภาพ 		
10. จัดทำสำเนาจำนวน 1 ฉบับ และส่งกลับผู้จัดทำเอกสาร ภายใน 2 วัน		
11. การใช้เอกสารคุณภาพ <ul style="list-style-type: none"> - แจกจ่ายสำเนาเอกสารคุณภาพ ตามรายชื่อหน่วยงานที่นำไปใช้ โดยใช้แบบฟอร์มนำจ่ายและเรียกคืนเอกสาร FM-QC-002-00 - เมื่อแจกจ่ายเรียบร้อยแล้วให้ส่งสำเนา FM-QC-002-00 ที่ศูนย์คุณภาพ - สื่อสารให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปฏิบัติ/เผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 		ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็นเจ้าของเอกสาร

5.1.2. แก้ไขเอกสารคุณภาพ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1. จัดพิมพ์เอกสารหนาที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือฉบับที่แก้ไขใหม่ 2. เขียนใบขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (FM-QC-001-00)	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็น เจ้าของเอกสาร
3. เสนอผู้บริหารหน่วยงาน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ประธาน คณะกรรมการ/ประธานทีม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหารายละเอียดของ ขั้นตอนหรือกระบวนการนั้น ๆ ของกลุ่มงาน/ทีม	หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่ม ภารกิจ/ประธาน คณะกรรมการ/ประธานทีม
4. เมื่อผู้บริหารหน่วยงานเห็นชอบแล้ว ส่งเอกสารคุณภาพที่แก้ไขรูปแบบ paper และ file มาที่ศูนย์คุณภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ประกอบด้วย - แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ FM-QC-001-00 - เอกสารคุณภาพที่แก้ไข - เอกสารคุณภาพเดิมที่ยกเลิก	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็น เจ้าของเอกสาร
5. ศูนย์คุณภาพตรวจสอบรูปแบบเอกสาร และออกรหัสเอกสาร กรณีต้องปรับปรุง แก้ไขจะแจ้งกลับหน่วยงานภายใน 3 วัน 6. จัดทำบันทึกข้อความและเสนออนุมัติตามขั้นตอนเดิม 7. หลังจากเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว - ประทับวันที่อนุมัติใช้โดยยึดจากวันที่ผู้มีอำนาจอนุมัติตามประเภทของระดับ เอกสารลงนาม - ลงทะเบียนในแบบฟอร์มรายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ FM-QC-003-00, FM- QC-004-00, FM-QC-005-00, FM-QC-006-00 (แยกหน่วยงานและระดับ เอกสาร) - จัดเก็บต้นฉบับในแฟ้มเอกสารคุณภาพ และจัดทำไฟล์ PDF เก็บไว้ใน Folder งานเอกสารคุณภาพ - ประทับตรา “ยกเลิกเอกสารฉบับนี้ ว.ค.ป.....” ด้วยหมึกสีแดงใน เอกสารฉบับเก่า และประทับวันที่ยกเลิกเอกสาร โดยยึดจากวันที่เอกสารฉบับ ใหม่ได้รับการอนุมัติ - จัดทำสำเนาเอกสารคุณภาพฉบับใหม่ จำนวน 1 ฉบับ และส่งกลับผู้จัดทำเอกสาร ภายใน 2 วัน	ศูนย์คุณภาพ
8. การใช้เอกสารคุณภาพ - เรียกเก็บเอกสารเดิมที่ยกเลิกทั้งหมดส่งที่ศูนย์คุณภาพ โดยใช้แบบฟอร์มนำจ่าย และเรียกคืนเอกสาร FM-QC-002-00 - แจกจ่ายสำเนาเอกสารคุณภาพฉบับใหม่ ตามรายชื่อหน่วยงานที่นำไปใช้ โดยใช้แบบฟอร์มนำจ่ายและเรียกคืนเอกสาร FM-QC-002-00 - เมื่อแจกจ่ายเรียบร้อยแล้วให้ส่งสำเนา FM-QC-002-00 ที่ศูนย์คุณภาพ - สื่อสารให้แก่งานที่เกี่ยวข้องเพื่อปฏิบัติ/เผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพที่เป็น เจ้าของเอกสาร

5.3. การออกรหัส/แก้ไข/หรือยกเลิกเอกสารคุณภาพ

5.3.1. อักษรย่อ กลุ่มงาน/คณะกรรมการ/ทีม

ลำดับ	รายชื่อกลุ่มงาน/ทีม	อักษรย่อ
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ		
1.	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	ADM
2.	กลุ่มงานพัสดุ	STO
3.	กลุ่มงานการเงิน	FIN
4.	กลุ่มงานบัญชี	ACC
5.	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	HRM
6.	กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	MAI
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ		
7.	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์	ICT
8.	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	HIC
9.	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	STR
10.	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	HRD
11.	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน	QC
กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ		
12.	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	OPP
13.	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	CMD
14.	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	SOM
15.	กลุ่มงานสุขศึกษา	EDU
16.	กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม	OCC
17.	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน	CNP
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล		
18.	องค์กรพยาบาล	NSO
19.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ER
20.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
21.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป	OPD
22.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	OPDMED
23.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม	OPDPED
24.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	OPDSUR
25.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์	OPDORT
26.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก จักษุ	OPDEYE/OPDENT
27.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจิตเวช	OPDPSY
28.	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรม	OPDOBG
29.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	ICU
30.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	LR
31.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	OR
32.	กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	ANE
33.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	MED
34.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	SUR

ลำดับ	รายชื่อกลุ่มงาน/ทีม	อักษรย่อ
35.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	ORT
36.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม	OBG
37.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช	PSY
38.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	PED
39.	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ	EYE/ENT
40.	กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	ICN
41.	งานจ่ายกลาง	CSSD
42.	กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	SPC
43.	งานมะเร็ง	CA
44.	งานระดับประคอง	PC
45.	ล้างไตหน้าท้อง	CAPD
46.	ล้างไตเอกชน	HD
47.	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล	RES
	กลุ่มภารกิจด้านบริการทฤษฎีและตติยภูมิ	
48.	องค์กรแพทย์	MSO
49.	กลุ่มงานทันตกรรม	DEN
50.	กลุ่มงานรังสีวิทยา	RAD
51.	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	LAB
52.	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	REH
53.	กลุ่มงานเภสัชกรรม	PHA
54.	กลุ่มงานโภชนศาสตร์	NUT
	คณะกรรมการ/ทีม	
55.	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	LED
56.	PCT สูตินรีเวชกรรม	PCTOBG
57.	PCT กุมารเวชกรรม	PCTPED
58.	PCT ศัลยกรรม	PCTSUR
59.	PCT ออร์โธปิดิกส์	PCTORT
60.	PCT อายุรกรรม	PCTMED
61.	PCT โสต ศอ นาสิก จักษุ	PCTEYE/PCTENT
62.	PCT จิตเวชและสารเสพติด	PCTPSY
63.	ระบบยา	PTC
64.	ทีมพัฒนาทรัพยากรบุคคล	HRD
65.	ทีมบริหารทรัพยากรบุคคล	HRM
66.	ทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	IC
67.	ทีมบริหารความเสี่ยงและข้อร้องเรียน	RM
68.	ทีมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ENV
69.	ทีมอาชีวอนามัย	OHT
70.	ทีมเครื่องมือทางการแพทย์	MET
71.	ทีมเวชระเบียน	MRS
72.	ทีมสารสนเทศ	IMT

6. ตัวชี้วัด

6.1. ร้อยละหน่วยงานที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80

6.2. ระยะเวลาขั้นตอนการจัดทำเอกสารคุณภาพเป็นไปตามที่ระบุในระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพ ร้อยละ 100

7. เอกสารอ้างอิง เอกสารประกอบการสอน เรื่องระบบเอกสารของสำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

8. ภาคผนวก

8.1. แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (FM-QC-001-00)

8.2. แบบฟอร์มนำจ่ายและเรียกคืนเอกสาร (FM-QC-002-00)

8.3. รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับนโยบาย/คู่มือคุณภาพ (FM-QC-003-00)

8.4. รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับระเบียบปฏิบัติ (FM-QC-004-00)

8.5. รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับวิธีปฏิบัติงาน (FM-QC-005-00)

8.6. รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับแบบฟอร์ม (FM-QC-006-00)

8.7. รูปแบบเอกสารคุณภาพระดับนโยบาย/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM)

8.8. รูปแบบเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)

8.9. รูปแบบเอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI)

8.10. รูปแบบเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (Form : FM)

8.11. การจัดพิมพ์เอกสาร และสัญลักษณ์ที่ใช้



แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียน / แก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอ (ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ)

วันที่เสนอ _____

ชื่อหน่วยงาน _____

เรื่อง การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ การขอปรับปรุงแก้ไขเอกสารคุณภาพ การยกเลิกเอกสารคุณภาพประเภทเอกสารคุณภาพ นโยบายคุณภาพ (QM) ระเบียบปฏิบัติ (SP) แบบฟอร์ม (FM)

เอกสารคุณภาพเรื่อง _____

เหตุผลการจัดทำ/แก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ _____

 กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย กรณีที่แก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่มาด้วย

ลงชื่อ _____ ผู้เสนอขอ

(_____)

ตำแหน่ง _____

ส่วนที่ 2 ผู้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องตามหลักวิชาการ (หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/ประธานทีม/ประธานคณะกรรมการ)

 ตรวจสอบ / แก้ไขเรียบร้อยแล้ว เห็นชอบให้จัดทำเอกสารคุณภาพเผยแพร่

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ส่วนที่ 3 ศูนย์คุณภาพ

วันที่รับเอกสาร _____

3.1 ตรวจสอบรูปแบบตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพ และออกรหัสเอกสาร

 เอกสารมีรูปแบบเป็นไปที่กำหนด ส่งกลับเพื่อปรับรูปแบบ / อื่นๆ เนื่องจาก _____

[] ส่งกลับผู้จัดทำเอกสาร ครั้งที่ 1 วันที่ _____

[] รับคืนเอกสารแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ _____

[] ส่งกลับผู้จัดทำเอกสาร ครั้งที่ 2 วันที่ _____

[] รับคืนเอกสารแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ _____

[] ส่งกลับผู้จัดทำเอกสาร ครั้งที่ 3 วันที่ _____

[] รับคืนเอกสารแก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ _____

ลงชื่อ _____ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

(นางสาวดวงรัตน์ ใจโพธิ์)

วันที่ _____

3.2 เสนอลงนามอนุมัติใช้เอกสารคุณภาพ

 จัดทำบันทึกข้อความโปรดลงนามรับรองเอกสารคุณภาพ

วันที่ _____

 เสนอผู้เกี่ยวข้องลงนาม วันที่ _____ เสนอผู้อำนวยการ รพ. ลงนาม

วันที่ _____

 รับคืนเอกสารที่ผู้อำนวยการ รพ. ลงนามเรียบร้อยแล้ว

วันที่ _____

3.3 เอกสารหลังได้รับการอนุมัติแล้ว

 ผู้จัดทำเอกสารรับสำเนาเอกสาร จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อผู้รับเอกสาร _____ ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ

(_____)

วันที่ _____

ลงชื่อผู้ส่งเอกสาร _____ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

(_____)

วันที่ _____



รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM)

กลุ่มงาน/ทีม _____ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ลำดับ	รหัสเอกสาร	วันที่อนุมัติใช้	เรื่อง	หน่วยงานที่ใช้เอกสาร
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				



รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับระเบียบปฏิบัติ (SP)

กลุ่มงาน/ทีม _____ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ลำดับ	รหัสเอกสาร	วันที่อนุมัติใช้	เรื่อง	หน่วยงานที่ใช้เอกสาร
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				



รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI)

กลุ่มงาน/ทีม _____ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ลำดับ	รหัสเอกสาร	วันที่อนุมัติใช้	เรื่อง	หน่วยงานที่ใช้เอกสาร
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				



รายการทะเบียนเอกสารคุณภาพ ระดับแบบฟอร์ม (FM)

กลุ่มงาน/ทีม _____ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ลำดับ	รหัสเอกสาร	วันที่อนุมัติใช้	เรื่อง	หน่วยงานที่ใช้เอกสาร
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

เอกสารหน้าต่อไป สามารถใช้รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม



ชื่อเรื่อง..... (รหัส.....)	วันที่อนุมัติใช้
โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์	เว้นไว้

1. **วัตถุประสงค์**

อธิบายว่าวิธีปฏิบัติงานนี้ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร หรือจะป้องกันปัญหาอะไร

2. **ขอบเขต**

เป็นการวางขอบเขตและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่า ครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์และสถานที่ เป็นต้น

3. **คำจำกัดความ**

ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/คำที่น่าจะแปลหรือมีความนัย เพื่อให้ผู้ใช้เอกสารเข้าใจถูกต้อง หรือเพื่ออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด

4. **ความรับผิดชอบ**

ระบุตำแหน่งและหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

5. **ขั้นตอนการปฏิบัติ**

อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องนั้น ซึ่งกล่าวถึงใครรับผิดชอบอะไร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรม อาจแสดงในลักษณะบรรยายและ/หรือใช้แผนผัง (Flowchart)

6. **ตัวชี้วัด**

ระบุตัวชี้วัดที่จะวัดผลการปฏิบัติ

7. **เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)**

ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน

8. **ภาคผนวก/เอกสารแนบท้าย (ถ้ามี)**

ใช้เพิ่มเติมข้อมูลหรือเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน เช่น แบบฟอร์มที่อ้างอิงถึง



ชื่อเรื่อง..... (รหัส.....)

วันที่อนุมัติใช้

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ลงวันที่ผู้อนุมัติลงนาม

1. **วัตถุประสงค์**

อธิบายว่าวิธีปฏิบัติงานนี้ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไรหรือจะป้องกันปัญหาอะไร

2. **ขอบเขต**

เป็นการวางขอบเขตและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่า ครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์และสถานที่ เป็นต้น

3. **คำจำกัดความ**

ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/คำที่น่าจะแปลหรือมีความนัย เพื่อให้ผู้ใช้เอกสารเข้าใจถูกต้อง หรือเพื่ออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด

4. **ความรับผิดชอบ**

ระบุตำแหน่งและหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

5. **ขั้นตอนการปฏิบัติ**

อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องนั้น ซึ่งกล่าวถึงใครรับผิดชอบอะไร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรม อาจแสดงในลักษณะบรรยายและ/หรือใช้แผนผัง (Flowchart)

6. **ตัวชี้วัด**

ระบุตัวชี้วัดที่จะวัดผลการปฏิบัติ

7. **เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)**

ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน

8. **ภาคผนวก/เอกสารแนบท้าย (ถ้ามี)**

ใช้เพิ่มเติมข้อมูลหรือเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน เช่น แบบฟอร์มที่อ้างอิงถึง



ชื่อเรื่อง..... (รหัส.....)	วันที่อนุมัติใช้
โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์	ลงวันที่ผู้อนุมัติลงนาม

เอกสารหน้าต่อไป สามารถใช้รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม



ชื่อเรื่อง..... (รหัส.....)	วันที่อนุมัติใช้
โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์	เว้นไว้




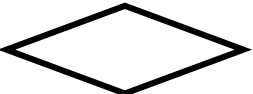

เอกสารหน้าต่อไป สามารถใช้รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม

การจัดพิมพ์เอกสาร

1. ตั้งค่าน้ำกระดาษ
 - 1.1. ขนาด A4
 - 1.2. ขอบกระดาษ ด้านบนและด้านซ้าย 2.5 ซม.
 - 1.3. ขอบกระดาษ ด้านล่างและด้านขวา 1.5 ซม.
 - 1.4. หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 0.7 ซม.

ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) ตั้งค่าน้ำกระดาษตามความเหมาะสม
2. พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้ Font TH SarabunPSK ขนาด 16
 - 2.1. ชื่อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 20
 - 2.2. หัวข้อต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์, ขอบเขต ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16
 - 2.3. หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ไปเรื่อย ๆ
3. รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์ว่า “ไม่มี”
4. แทรกหมายเลขหน้า ด้านล่างมุมขวาของกระดาษ Font TH SarabunPSK ขนาด 14

สัญลักษณ์ที่ใช้ใน Process flow diagram

สัญลักษณ์	ความหมาย
	จุดเริ่มต้น / จุดสิ้นสุด (Start / Finish)
	กิจกรรม (Activity)
	ทิศทางการไหล (Flow)
	การตัดสินใจ (Decision)
	จุดเชื่อมต่อ (Connection)