



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลสูงเม่น
รับที่..... 3361
วันที่..... ๖
เวลา..... 13.30
ลงชื่อ..... ผู้รับ

ส่วนราชการ งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสูงเม่น โทร ๐ ๕๔๕๔ ๑๒๙๙ ต่อ ๑๒๒๑

ที่ พร ๐๐๓๓.๓๐๑.๕/๐๐๐

วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น

ด้วยงานพัฒนาคุณภาพ ได้จัดทำระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานภายในโรงพยาบาลสูงเม่น เพื่อให้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ใช้ในการวางแผนควบคุม ประกันคุณภาพ และตรวจสอบได้ และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สะดวกในการค้นหา และผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวธิดา สีสด)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

๗/๑๐๖7.






โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่
SUNG MEN HOSPITAL PHRAE

SP - FA - 001 - 00

ระเบียบปฏิบัติ
เรื่อง

การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ


โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	นางสาวธิดา สีสด (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)		1 ตุลาคม 2567
ผู้ตรวจทาน	นางสาวธิดา สีสด (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)		1 ตุลาคม 2567
ผู้อนุมัติ	นายแสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น)		1 ตุลาคม 2567

วันที่ประกาศใช้

สำเนาฉบับที่ A

เอกสาร ควบคุม ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 3 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP – FA – 001 – 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้

1.2 เพื่อให้การจัดทำเอกสารคุณภาพ การอนุมัติ การประกาศใช้ และการควบคุมเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพกำหนดไว้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.3 เพื่อให้เอกสารคุณภาพทุกฉบับที่ใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานมีความถูกต้องและทันสมัย

2. ขอบเขต

เพื่อครอบคลุมกระบวนการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพทุกระดับ ในหน่วยงานโรงพยาบาลสูงเม่น ทั้งระบุงการดำเนินการ กิจกรรม และความรับผิดชอบของบุคลากร อันมีผลต่อคุณภาพของเอกสาร

2.1 เอกสารคุณภาพที่ต้องขออนุมัติขึ้นทะเบียน ได้แก่

2.1.1 นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM)

2.1.2 ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)

2.1.3 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI)

2.1.4 แบบฟอร์ม (Form : FM)

2.1.5 เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD)

2.2 กรณีที่ต้องดำเนินการจัดทำเอกสารและควบคุมเอกสารคุณภาพ มีดังนี้

2.2.1 จัดทำเอกสารคุณภาพใหม่

2.2.2 ปรับปรุงหรือแก้ไขเอกสารคุณภาพ

2.2.3 ยกเลิกเอกสารคุณภาพ

2.2.4 ขอสำเนาเอกสารคุณภาพ

2.3 ควบคุมด้วยบัญชีแม่บทแสดงรายการเอกสารคุณภาพ บ่งชี้จุดที่นำไปใช้งาน และสถานะการปรับปรุงเอกสารให้ทันสมัยตลอดเวลา


3. ผู้รับผิดชอบ

3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น

- มีอำนาจในการลงนามอนุมัตินโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) เพื่อรับรองว่าเอกสารฉบับนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3.2 ประธาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมคร่อมสายงาน)

- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ครอบคลุมพันธกิจหลักของแต่ละทีมพัฒนาคุณภาพ

 โรงพยาบาลสุงเกี้ยน จังหวัดสุราษฎร์ธานี SUNGHUEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 4 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP – FA – 001 – 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

- ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเอกสารที่ทีมพัฒนาคุณภาพได้นำเสนอให้มีความสอดคล้องกับนโยบายไม่ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น และลงนามอนุมัติเอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD)

- นำเสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP)

3.3 หัวหน้ากลุ่มงาน/ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ครอบคลุมพันธกิจหลักนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ขึ้นทะเบียนเอกสาร

- นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP)

3.4 หัวหน้างาน


- จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง เอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) และเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพต่อหัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ (ทีมคร่อมสาย)

3.5 ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาล

- ดำเนินการรวบรวมเอกสารคุณภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ
- ออกรหัสและลงทะเบียนกำกับในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับ
- ส่งต่อเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน/ ทีมคุณภาพ
- แจกจ่ายเอกสารคุณภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ควบคุมการเผยแพร่เอกสารคุณภาพ

4. คำจำกัดความ

4.1 เอกสารคุณภาพ หมายถึง หลักฐานซึ่งทำให้ปรากฏความหมายด้วยตัวอักษร ตัวเลข ผังแบบแผน โดยวิธีพิมพ์ ถ่ายภาพ หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อใช้เป็นสื่อถึงแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะงานที่ปฏิบัติจริงตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน หรือคร่อมสายงาน ระหว่างหน่วยงาน โดยทั่วไปควรเป็นข้อความสั้น อ่านง่าย ทำความเข้าใจง่าย เมื่อเอกสารคุณภาพได้รับการอนุมัติและถูกนำมาขึ้นทะเบียนแล้วบุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางนั้น ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมและตรวจสอบได้

 โรงพยาบาลสุเม่น จังหวัดแพร่ SUNMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 5 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

4.2 ชื่อหน่วยงาน หมายถึง ทีมพัฒนาคุณภาพ/ กลุ่มงาน/ หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเอกสาร ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักหรือคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพในการจัดทำเอกสาร

4.3 คณะผู้จัดทำ หมายถึง รายชื่อผู้รับผิดชอบจัดทำเอกสารคุณภาพเรื่องนั้น ๆ พร้อมลงลายมือชื่อ

4.4 ผู้ตรวจสอบเอกสาร หมายถึง ผู้ที่มีความรู้หรือผู้รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องนั้น ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบรายละเอียดและความถูกต้องของเอกสารคุณภาพ

4.5 ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบและรับรองว่าเอกสารคุณภาพฉบับนั้น ๆ สามารถนำไปเผยแพร่วิธีปฏิบัติ ในองค์กรหรือหน่วยงานได้ ซึ่งผู้อนุมัติมีอำนาจในการอนุมัติใช้เอกสารตามระดับชั้นคุณภาพของเอกสาร และเอกสารที่ได้รับการอนุมัติแล้วสามารถนำไปเผยแพร่และบังคับใช้ได้หน่วยงานต่าง ๆ

4.6 ระดับเอกสารคุณภาพ หมายถึง การแบ่งระดับเอกสารตามระดับคุณภาพของเอกสาร โดยในโรงพยาบาลสุเม่น แบ่งระดับเอกสารคุณภาพออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้


ระดับที่ 1 นโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM) หมายถึง เอกสารที่ระบุนโยบายและวัตถุประสงค์ในเรื่องหลักที่แสดงภาพรวมของระบบคุณภาพ ระบุแนวทางอย่างกว้าง ๆ เพื่อให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และสะท้อนให้เห็นจุดยืนและค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ

นโยบายคุณภาพ เป็นเอกสารระดับสูงสุดอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุด ขององค์กร เพื่อกำหนดกรอบหรือทิศทางการทำงานอย่างกว้าง ๆ ใช้อ้างอิงและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานหรือขององค์กร จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น

คู่มือคุณภาพ เป็นเอกสารแม่บทอนุมัติโดยผู้บริหารสูงสุดขององค์กร เพื่อใช้อ้างอิงและดำเนินแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดของระบบการบริหารคุณภาพที่ใช้เป็น แนวทางรวมกันขององค์กรที่ขอรับรองคุณภาพ จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น เช่น Hospital Profile คู่มือบริหารการพยาบาล เป็นต้น

ระดับที่ 2 ระเบียบปฏิบัติ (System procedure : SP) หมายถึง เอกสารคุณภาพที่จัดทำอย่างมีกระบวนการ ซึ่งแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องกันระหว่างหน่วยงานหรือบุคคลของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือระบบใดระบบหนึ่งอย่างละเอียด เพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

ระดับที่ 3 วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) หมายถึง เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานที่ทำโดยบุคคลเดียวหรือหน่วยงานเดียว หรือรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ โดยระบุขั้นตอนการปฏิบัติงานเฉพาะด้านที่มีความละเอียดที่ละเอียดอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ผิดพลาด และเกิดความมั่นใจว่าผลของงานที่ได้ออกมาตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น วิธีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในหน่วยงาน

 โรงพยาบาลบุนนград BUNGRUMGRAD HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A	หน้า 6 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP – FA – 001 – 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์

ระดับที่ 4 แบบฟอร์ม (Form : FM) หมายถึง แบบฟอร์มหรือแบบบันทึกที่ใช้เป็นเครื่องมือการปฏิบัติงานในการบันทึกข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐาน สือสาร หรือทบทวนตรวจสอบการปฏิบัติงาน นำมาอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือระดับวิธีปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรือรับมาจากภายนอกก็ได้ เช่น แบบประเมิน 2Q, Standing order ทารกแรกคลอด

ระดับที่ 5 เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD) หมายถึง เอกสารที่ถูกนำมาใช้ในการอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือระดับวิธีปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการใช้เครื่องมือ เอกสารทางด้านเทคนิค ระเบียบกฎหมาย หนังสือชี้แจง มาตรฐานต่าง ๆ

การควบคุมเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ หมายถึง การดูแล การควบคุม การทบทวนและทราบ การถือครองเอกสารคุณภาพที่เป็นปัจจุบัน


5. วิธีปฏิบัติ

5.1 การวางระบบควบคุมเอกสาร

ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้วางระบบเอกสาร ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้ากลุ่มงานจะเป็นผู้พิจารณาถึงความจำเป็นในการจัดทำนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) และคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ/หัวหน้างาน พิจารณาจัดทำวิธีปฏิบัติงาน (WI) แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD)

5.2 ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ ดังนี้


ระดับเอกสารคุณภาพ	ผู้จัดทำ	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ
1. นโยบาย/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM)	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
2. ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)	หัวหน้างาน/หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนาคุณภาพ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

 โรงพยาบาลสุรินทร์ SURIN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A	หน้า 7 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์

ระดับเอกสารคุณภาพ	ผู้จัดทำ	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ
3. วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI)	หัวหน้างาน/ หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้างาน/ หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ
4. แบบฟอร์ม (Form : FM)	หัวหน้างาน/ หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ
5. เอกสารสนับสนุน (Support Document : SD)	หัวหน้างาน/ หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมพัฒนา คุณภาพ

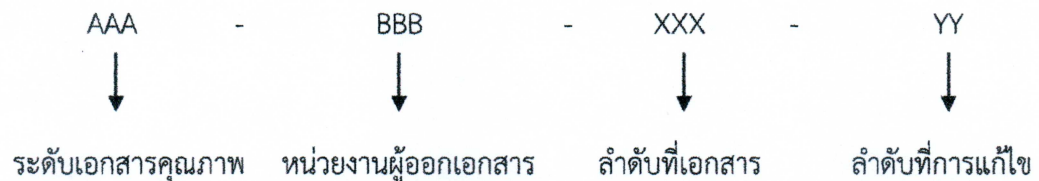
5.3 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพ

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
1. การขึ้น ทะเบียน เอกสารคุณภาพ	1.1 กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์ม เฉพาะส่วนที่ 1 (ผู้เสนอ) จำนวน 1 ใบ ต่อเอกสารที่ขอ ขึ้นทะเบียน 1 เรื่อง 1.2 แนบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ ขอขึ้นทะเบียน - ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนด เบื้องต้น - รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบ ปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา เอกสาร	ใบคำขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (เอกสารแนบท้าย)	ผู้จัดทำ เอกสารคุณภาพ
2. การตรวจสอบ เบื้องต้น	2.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสาร ดังนี้ - ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนด เบื้องต้น - รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบ ปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ	ระเบียบปฏิบัติเรื่อง การจัดทำเอกสาร ระบบคุณภาพ SP-FA-001-00	หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีม พัฒนาคุณภาพ

 โรงพยาบาลสุกมณีนะ จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A	หน้า 9 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
5. การขึ้นทะเบียนและจัดเก็บเอกสาร	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ ดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกรหัสเอกสารพร้อมประทับตราลงวันที่ลงในเอกสาร โดยจัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์และเก็บรวบรวมต้นฉบับ	- ทะเบียนเอกสารคุณภาพ	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ
6. การส่งคืนเอกสาร	เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังกลุ่มงาน/ ทีมงานคุณภาพ/ หน่วยงานของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	- เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุง/ แก้ไข/ ยกเลิก	ศูนย์ระบบเอกสารคุณภาพ
7. การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ	กลุ่มงาน/ ทีมงานคุณภาพ/ หน่วยงานจัดเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติไว้เพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขหรือยกเลิกตามความเหมาะสม		หน่วยงาน/ ทีมพัฒนาคุณภาพ
8. การแก้ไข/ ยกเลิกการใช้เอกสาร	ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนโดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ ยกเลิก	- เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ ยกเลิก - เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน	หน่วยงาน/ ทีมพัฒนาคุณภาพ


5.4 การกำหนดรหัสเอกสารคุณภาพ ประกอบด้วย อักษรและตัวเลข รวมกัน



ความหมายของรหัสแต่ละชุด

ชุดที่ 1 AAA หมายถึง ชื่อย่อของระดับเอกสารคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น คือ

- | | |
|---|---------------|
| - นโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) | รหัสเอกสาร QM |
| - ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) | รหัสเอกสาร SP |
| - วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) | รหัสเอกสาร WI |

 โรงพยาบาลสุคนธ์สุนทร จังหวัดพิจิตร SUNGKEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 10 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

- แบบฟอร์ม (Form) รหัสเอกสาร FM

- เอกสารสนับสนุน (Support Document) รหัสเอกสาร SD

เช่น QM - PCT หมายถึง เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

ชุดที่ 2 BBB หมายถึง ชื่อกลุ่มงาน/ ทีมพัฒนาคุณภาพ/ ชื่อทีมย่อย/ หน่วยงานย่อย โดยการใช้
อักษรย่อเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่เกิน 4 ตัวอักษร

เช่น PCT หมายถึง ทีมนำทางคลินิก

IPD หมายถึง แผนกผู้ป่วยใน

ชุดที่ 3 XXX หมายถึง ลำดับของเอกสารคุณภาพที่ออกจากหน่วยงาน/ ทีมพัฒนาคุณภาพ
กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 3 หลัก ตั้งแต่ 001 - 999 เช่น QM - PCT - 005 หมายถึง เอกสารนโยบาย
คุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5

ชุดที่ 4 YY หมายถึง ลำดับที่ของการแก้ไขเอกสารคุณภาพฉบับดังกล่าวที่ออกจากหน่วยงาน/
ทีมพัฒนาคุณภาพ กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 2 หลักตั้งแต่ N 01 - 99 เช่น QM - PCT - 005 - 01 หมายถึง
เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1

5.5 การออกรหัส/ แก้ไข/ หรือยกเลิกเอกสารคุณภาพ

5.5.1 หน่วยงาน/ ทีมพัฒนาคุณภาพ ที่ได้จัดทำเอกสารคุณภาพและได้รับการลงนามอนุมัติแล้ว
ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

5.5.2 กรณีที่ต้องการแก้ไขหรือยกเลิกเอกสารคุณภาพให้ใช้ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/
ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก) พร้อมเอกสารฉบับเดิมเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ เมื่อเอกสารได้รับ
การอนุมัติแล้ว ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น
พร้อมเรียกคืนเอกสารคุณภาพฉบับเก่าเพื่อทำลายทิ้ง


5.5.3 เอกสารที่ยกเลิกแล้วหากต้องการนำกลับมาใช้ใหม่ ให้ขอขึ้นทะเบียนใหม่โดยเลขรหัสจะ
ไม่ใช่รหัสเอกสารเดิม

5.5.4 เอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) รูปแบบอิสระแต่ให้
พิมพ์รหัสกำกับเอกสารแต่ละชุด พร้อมทั้งวันที่ประกาศใช้ไว้ได้รหัสเอกสาร ที่มุมบนของกระดาษทางขวามือ
และเมื่อมีการแก้ไขให้พิมพ์คำว่า Rev. แล้วตามด้วยวันที่ประกาศใช้ ไว้ได้รหัสเอกสาร

ตัวอย่าง FM - PCT - 005 - 01

Rev. 01/12/66

หมายถึง เอกสารแบบฟอร์มของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1
ประกาศใช้วันที่ 1 ธันวาคม 2566

 โรงพยาบาลสุรินทร์ SUNGREN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 11 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มที่มาจากหน่วยงานภายนอกที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลบันทึกเพื่อนำส่งข้อมูลสามารถนำมาใช้งานได้ โดยไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสาร


2. แบบฟอร์มบางประเภทที่เป็นเรื่องเฉพาะ ไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสารสามารถนำมาใช้งานได้ เช่น แบบฟอร์มทางบัญชี ใบเสร็จรับเงิน แบบฟอร์มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

5.6 การกำหนดอักษรย่อของทีมพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

ลำดับ	รหัสทีม	ชื่อทีมพัฒนาคุณภาพ
1	LED	ทีมนำ (Leader Team)
2	FA	ทีมศูนย์พัฒนาคุณภาพ (Facilitator)
3	RM	ทีมบริหารความเสี่ยง (Risk Management)
4	PCT	ทีมดูแลผู้ป่วยสหวิชาชีพ (Patient Care Team)
5	MSO	ทีมองค์กรแพทย์ (Medical Staff Organization)
6	NSO	ทีมองค์กรพยาบาล (Nurse Staff Organization)
7	IC	ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control)
8	ENV	ทีมด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและอาชีวอนามัย (Healing Environment and Occupational Health)
9	IM	ทีมสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management of Information)
10	HRD	ทีมพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development)
11	PTC	ทีมบริหารยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา (Pharmaceutical & therapeutic committee)
12	COM	ทีมพัฒนางานชุมชน (Working with Community Team)

5.7 การกำหนดอักษรย่อของกลุ่มงาน/งาน ดังนี้

ลำดับ	รหัสกลุ่มงาน/งาน	ชื่อกลุ่มงาน/งาน
1	ER	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (Emergency Room)
2	IPD	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน (In-patient Department)
3	ICU	งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit)
4	OPD	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (Out-patient Department)

 โรงพยาบาลสุรเสเมน จังหวัดแพร่ SURASEMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 12 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

ลำดับ	รหัสกลุ่มงาน/งาน	ชื่อกลุ่มงาน/งาน
5	LR	งานการพยาบาลผู้คลอด (Labor Room)
6	ANC	งานการพยาบาลฝากครรภ์ (Antenatal Care)
7	PCU	งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม (Primary Care Unit)
8	LAB	งานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory)
9	RAD	งานรังสีวิทยา (Radiology)
10	PT	งานเวชกรรมฟื้นฟู (Physical Therapy)
11	TTM	งานการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)
12	PSY	งานจิตเวชและยาเสพติด (Psychiatry and Drug Dependence)
13	CSSD	งานจ่ายกลาง (Central Sterile Supply Department)
14	NTD	งานโภชนาการ (Nutritional Department)
15	BO	งานบริหาร (Back Office)
16	DENT	งานทันตกรรม (Dental Department)
17	PHAR	งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (Pharmacy)
18	HIG	งานประกันสุขภาพและเวชระเบียน (Health Insurance Group)
19	LAUN	งานซักฟอก (Laundry)

5.8 รูปแบบการจัดทำเอกสารคุณภาพ

5.8.1 การจัดทำเอกสารนโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ (QM) ประกอบด้วย

- แผ่นหน้า ประกอบด้วยข้อความดังต่อไปนี้

5.8.1.1 ชื่อโรงพยาบาล : โรงพยาบาลสุรเสเมน


5.8.1.2 หมายเลขเอกสาร : เขียนรหัสของระดับเอกสาร ตามด้วยรหัสของทีมพัฒนา

คุณภาพ/กลุ่มงาน/ หน่วยงาน ตามด้วยหมายเลขเอกสารที่เป็นลำดับที่ฝ่ายและงานนั้นรับผิดชอบ

5.8.1.3 ชื่อของเอกสารนโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพฉบับนั้น

5.8.1.4 ลายมือชื่อและตำแหน่งของผู้จัดทำ ผู้ตรวจสอบ และผู้อนุมัติ พร้อมวันที่

ประกาศใช้

 โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 13 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่
SUNGMEN HOSPITAL PHRAE

QM - BBB - XXX - YY
นโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพ
เรื่อง


.....
โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	..... (ประธานทีมคุณภาพ/ หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้ตรวจทาน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/ หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... ( นายแสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น	.....	.....

วันที่ประกาศใช้

สำเนาฉบับที่ 1


เอกสาร [] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน SUNGMEH HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 14 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

- หนังสือนำสั่ง จัดทำในหน้าที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

1. หัวกระดาษ
2. สารบัญ
3. บันทึกการแก้ไขเอกสาร วันที่แก้ไข และรายละเอียดการแก้ไข

(ตัวอย่างหนังสือนำสั่ง)

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน SUNGMEH HOSPITAL PHRAE	คู่มือคุณภาพ				ฉบับที่		หน้า จาก
	เรื่อง				เลขที่	QM - BBB - XXX - YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หัวข้อ

หน้า

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.


การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด.....หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

- รายละเอียดเอกสารนโยบายคุณภาพ/ คู่มือคุณภาพสามารถใช้รูปแบบใดก็ได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องมีความชัดเจน เช่น Hospital profile ในรูปแบบของ สรพ.

 โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A	หน้า 14 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์

5.8.2 การจัดทำเอกสารระเบียบปฏิบัติ (SP) ประกอบด้วย
- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่
SUNGMEN HOSPITAL PHRAE

SP - BBB - XXX - YY

ระเบียบปฏิบัติ
เรื่อง

.....


โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	..... (ประธานทีมคุณภาพ/ หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้ตรวจทาน	..... (ประธานทีมคุณภาพ/ หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... ( นายแสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น	.....	.....

วันที่ประกาศใช้


สำเนาฉบับที่ A

เอกสาร [] ควบคุม [] ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดสงขลา SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 16 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

- หน้าสารบัญ

(ตัวอย่างหน้าสารบัญ)

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดสงขลา SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่		หน้า จาก
	เรื่อง				เลขที่	SP - BBB - XXX - YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หัวข้อ

หน้า

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต
3. ผู้รับผิดชอบ
4. คำจำกัดความ
5. วิธีปฏิบัติ
6. เครื่องชี้วัดคุณภาพ
7. เอกสารอ้างอิง
8. ภาคผนวก

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ


ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด.....หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

- รายละเอียดเอกสาร ให้เรียงเรียงตามหัวข้อที่กำหนดให้ ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ อธิบายว่าระเบียบปฏิบัติดังกล่าว ทำเพื่ออะไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไรหรือจะป้องกันปัญหาอะไร
2. ขอบเขต เป็นการวางขอบเขตและกรอบให้ผู้อ่านเข้าใจว่าครอบคลุมการนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์แค่ไหน สถานที่ใดบ้าง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ระเบียบปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ใช้สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

 โรงพยาบาลสุงเกี้ยน จังหวัดแพร่ SUNGHYEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 17 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

3. ผู้รับผิดชอบ ระบุตำแหน่งและหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้น เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ


4. คำจำกัดความ ใช้อธิบายคำศัพท์เทคนิคเฉพาะ/ คำที่น่าจะแปลหรือมีความหมายหลายนัย เพื่อให้ผู้ใช้เอกสารคุณภาพเข้าใจชัดเจนถูกต้อง หรืออธิบายคำย่อที่ไม่ต้องการเขียนยืดยาวในรายละเอียด ถ้าไม่มีคำจำกัดความ หรือเป็นเรื่องเข้าใจกันโดยทั่วก็ให้เขียนหัวข้อคำจำกัดความว่า “ไม่มี”

5. วิธีปฏิบัติ อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องนั้น ซึ่งกล่าวถึงใคร รับผิดชอบทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรม

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพ ให้เขียนเป็นรูปธรรม โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

7. เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) ระบุเอกสารคุณภาพที่ถูกพาดพิงถึงในขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น ที่อ้างอิงในรายละเอียดของระเบียบปฏิบัติอื่น วิธีปฏิบัติงานอื่น มาตรฐานหรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

8. ภาคผนวก ใช้สำหรับเพิ่มเติมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของการปฏิบัติงาน ได้แก่ Flowchart แบบฟอร์มที่อ้างอิง และเอกสารแนบที่เกี่ยวข้อง

 โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 18 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

5.8.3 การจัดทำเอกสารวิธีปฏิบัติงาน (WI) ประกอบด้วย

- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่
SUNGMEN HOSPITAL PHRAE

WI - BBB - XXX - YY

วิธีปฏิบัติงาน

เรื่อง

.....


โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	..... (หน่วยงาน/หัวหน้างาน)	.....	.....
ผู้ตรวจทาน	..... (หน่วยงาน/หัวหน้างาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....

วันที่ประกาศใช้


สำเนาฉบับที่ A

เอกสาร ควบคุม ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสุคนธ์เมธี จังหวัดแพร่ SUNGKEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 19 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

- หนังสารบัญ

(ตัวอย่างหนังสารบัญ)

 โรงพยาบาลสุคนธ์เมธี จังหวัดแพร่ SUNGKEN HOSPITAL PHRAE	วิธีปฏิบัติงาน				ฉบับที่		หน้า จาก
	เรื่อง				เลขที่	WI - BBB - XXX - YY	
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ		

สารบัญ

หัวข้อ

หน้า

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบเขต
3. อุปกรณ์/ เครื่องมือ (ถ้ามี)
4. ผู้รับผิดชอบ
5. คำจำกัดความ
6. วิธีปฏิบัติ
7. เครื่องชี้วัดคุณภาพ
8. เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
9. ภาคผนวก


การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข

จำนวนทั้งหมด.....หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

- รายละเอียดเอกสาร ให้เรียงเรียงตามหัวข้อที่กำหนดในหนังสารบัญ

 โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 20 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

5.8.4 การจัดทำเอกสารแบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) ประกอบด้วย

- แผ่นหน้า

(ตัวอย่างแผ่นหน้า)



โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่
SUNGMEN HOSPITAL PHRAE

FM - BBB - XXX - YY

แบบฟอร์ม

เรื่อง

.....


โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	วัน/เดือน/ปี
ผู้จัดทำ	..... (หน่วยงาน/ หัวหน้างาน)	.....	.....
ผู้ตรวจทาน	..... (หน่วยงาน/ หัวหน้างาน)	.....	.....
ผู้อนุมัติ	..... (หัวหน้ากลุ่มงาน)	.....	.....

วันที่ประกาศใช้

สำเนาฉบับที่ A

เอกสาร ควบคุม ไม่ควบคุม

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 21 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	


การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข


จำนวนทั้งหมด.....หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่

(ตัวอย่างส่วนหัวเอกสารแบบฟอร์ม)

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	แบบฟอร์ม				ฉบับที่		หน้า	จาก
	เรื่อง				เลขที่	FM - BBB - XXX - YY		
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ			

(ตัวอย่างส่วนหัวเอกสารสนับสนุน)

 โรงพยาบาลสุงเม่น จังหวัดแพร่ SUNGMEN HOSPITAL PHRAE	เอกสารสนับสนุน				ฉบับที่		หน้า	จาก
	เรื่อง				เลขที่	SD - BBB - XXX - YY		
	ผู้จัดทำ		วันที่เริ่มใช้		ผู้อนุมัติ			

- แบบฟอร์ม (FM) และเอกสารสนับสนุน (SD) ของเดิมที่ใช้อยู่ก่อนการประกาศใช้ระเบียบปฏิบัติฉบับนี้คงเหลืออยู่ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือจัดทำใหม่ ไม่ต้องมีข้อความดังกล่าวหรือระบุลักษณะเดิมไปก่อนจนกว่าจะจัดทำใหม่

- ในการขออนุมัติ การประกาศใช้ กระทบทวนแก้ไข การเผยแพร่และการควบคุมให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการควบคุมเอกสารคุณภาพ


5.9 การจัดทำหัวกระดาษ

ต้องจัดทำหัวกระดาษให้เป็นแบบฟอร์มเดียวกัน ในการพิมพ์หัวกระดาษให้ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ซึ่งประกอบด้วย สัญลักษณ์ประจำโรงพยาบาล และข้อความดังต่อไปนี้
 ข้อความระบุ “ระดับเอกสาร” “เลขที่เอกสาร” “ชื่อเรื่อง” “ฉบับที่” “ผู้จัดทำ” “วันที่ประกาศใช้” และ “ผู้อนุมัติ”

1. ฉบับที่

1.1 ใช้แทนด้วยตัวอักษร A B C ... ถ้าเป็นต้นฉบับ ให้เป็นฉบับ A

1.2 การแก้ไขห้ามใช้การลบ ให้ใช้การขีดฆ่าแล้วใส่ตัวเลขที่แก้ไขครั้งใหม่ หรือใช้วิธีพิมพ์ตัวเลขที่แก้ไขครั้งใหม่แล้วใส่วงเล็บ ต้องกระทำโดยผู้ที่มีอำนาจเท่านั้น

 โรงพยาบาลสุบูน จังหวัดแพร่ SUNBUN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 22 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

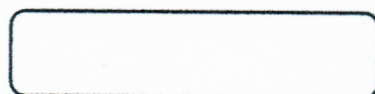
1.3 กรณีแก้ไขเนื้อหาเล็กน้อยมากกว่า 5 ครั้งให้เปลี่ยนฉบับที่เป็นตัวอักษรใหม่ เช่น ฉบับที่ A(5) และได้รับการแก้ไขอีกเป็นครั้งที่ 6 ให้เปลี่ยนเป็นฉบับที่ B แต่ถ้าแก้ไขเนื้อหาเป็นส่วนใหญ่ให้เปลี่ยนเป็นฉบับ B เลยโดยไม่ต้องเป็น A(1-5)

2. วันที่ประกาศใช้ หมายถึง วัน เดือน ปี ที่อนุมัติ

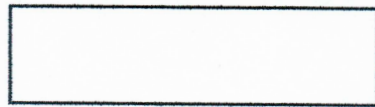
5.10 การจัดพิมพ์เอกสาร

1. ตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบน ล่าง ซ้าย ขวา ห่างจากขอบกระดาษ 1” (2.54 ซม.) ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM) ตั้งค่าน้ำกระดาษตามความเหมาะสม
2. พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16
3. หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 ยกเว้นในส่วนของชื่อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 20
4. หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ไปเรื่อย ๆ
5. รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์ว่า “ไม่มี” กำกับ
6. หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารหลังได้รับการอนุมัติแล้วต้องส่งเอกสารพร้อมกับไฟล์ข้อมูลมาที่ศูนย์คุณภาพ

5.11 การใช้สัญลักษณ์ในการทำ Process Flow Diagram



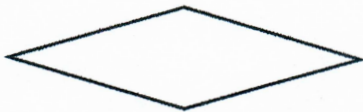
จุดเริ่มต้น/ จุดสิ้นสุด (Start/ Finish)



กิจกรรม (Activity)




ทิศทางการไหล (Flow)



การตัดสินใจ (Decision)



จุดเชื่อมต่อ (Connection)

 โรงพยาบาลสุรินทร์ ชีววัฒนา SURIN HOSPITAL PHARAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 23 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

5.12 สารบัญและบันทึกการประกาศใช้

1. ศูนย์คุณภาพจะเป็นผู้ควบคุม/ บันทึก สารบัญและการประกาศใช้ รวมทั้งบันทึกการแก้ไข ตามตาราง

2. ตารางการควบคุมการเอกสาร

ลำดับ	รหัส เอกสาร	ชื่อเอกสาร	วัน/เดือน/ปี ที่บังคับใช้	ลงนามผู้รับ เอกสาร	วัน/เดือน/ปี ที่แก้ไข	วัน/เดือน/ปี ที่ยกเลิก

หมายเหตุ ศูนย์คุณภาพเก็บต้นฉบับ สำเนาส่งหน่วยงานเจ้าของเอกสาร

5.13 การทบทวน ปรับปรุงแก้ไขเอกสารระยะยาว

กำหนดให้มีการทบทวน แก้ไขเอกสารคุณภาพ ทุก 2 ปี หลังการประกาศใช้ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง


6. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

6.1 ร้อยละของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องระบบเอกสารคุณภาพได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80

6.2 ร้อยละของหน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนหลังจากผ่านอนุมัติแล้วได้รับการขึ้นทะเบียนเรียบร้อย ภายในเวลาที่กำหนด (5 วันทำการ) ร้อยละ 100

7. เอกสารอ้างอิง

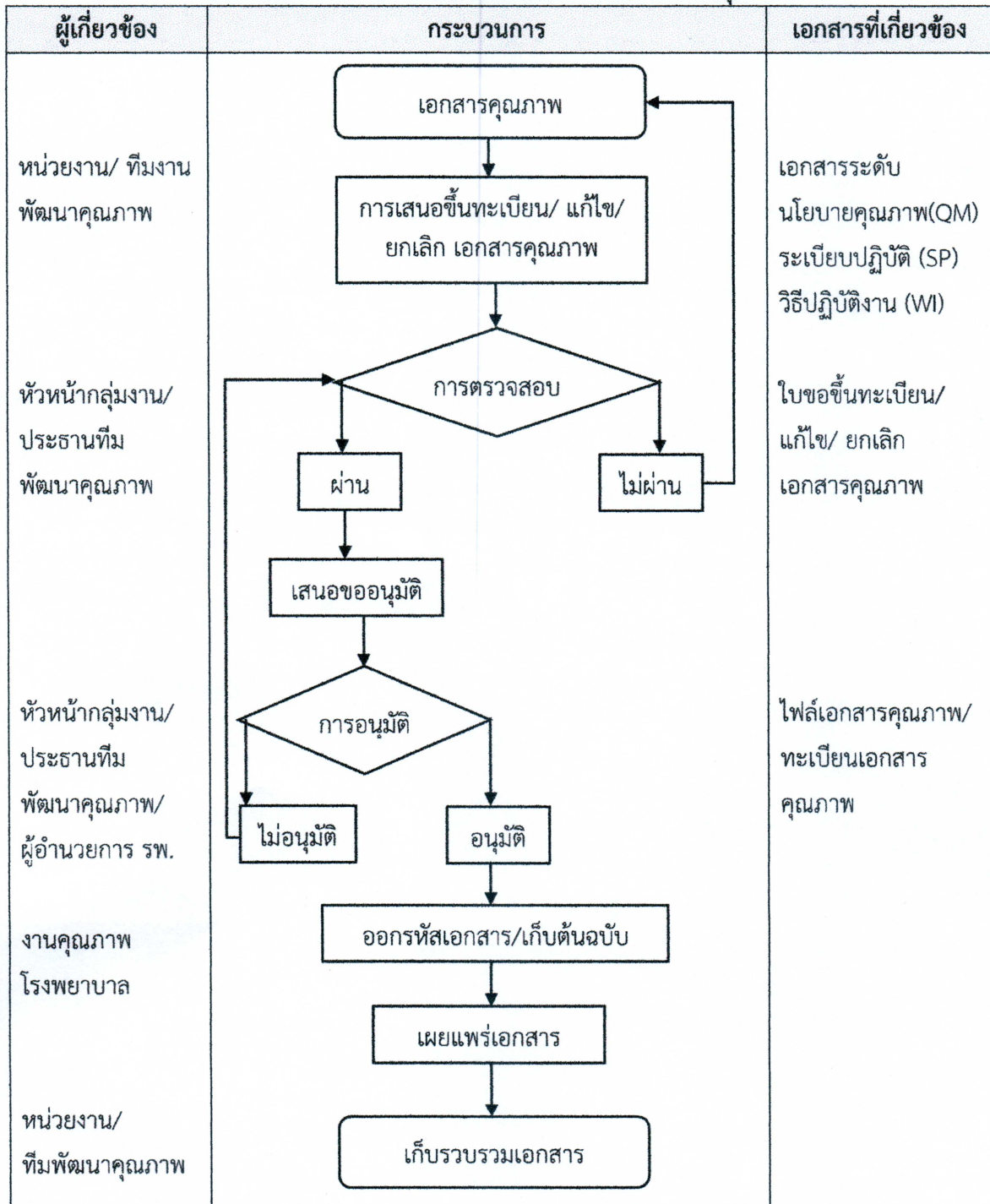
ไม่มี


 โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย SUNGKEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ			ฉบับที่	A	หน้า 24 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ		เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์

8. ภาคผนวก

8.1 Flow chart แสดงขั้นตอนของการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ

แผนผังขั้นตอนการขึ้นทะเบียน/ แก้ไข/ ยกเลิก เอกสารคุณภาพ



 โรงพยาบาลสุคนธ์ เชียงใหม่ SUNGKEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 25 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	

8.2 ใบแจ้งขอดำเนินการเอกสารตามระบบเอกสารคุณภาพ (FM - FA - 001 - 00)
(ตัวอย่างเอกสาร)

FM - FA - 001 - 00

ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผู้เสนอขอทำกิจกรรม

คณะกรรมการ/ หน่วยงาน..... วันที่.....

- เรื่อง [] 1. การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ
 [] 2. การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ
 [] 3. การยกเลิกเอกสารคุณภาพ

ประเภทเอกสารคุณภาพ [] 1. นโยบายคุณภาพ [] 2. ระเบียบปฏิบัติ [] 3. วิธีปฏิบัติงาน
 [] 4. แบบฟอร์ม [] 5. เอกสารสนับสนุน

เอกสารคุณภาพเรื่อง.....

รหัสเอกสารคุณภาพ.....

เหตุผลการจัดทำ.....

- [] กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลแนบมาด้วย
 [] กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นมาใหม่ มาด้วย

ลงชื่อ.....ผู้เสนอขอ
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 ผู้ตรวจสอบ


- [] เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ
 [] ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

 โรงพยาบาลสุงเกี้ยน จังหวัดแพร่ SUNGHYEN HOSPITAL PHRAE	ระเบียบปฏิบัติ				ฉบับที่	A	หน้า 26 จาก 26
	เรื่อง	การจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ			เลขที่	SP - FA - 001 - 00	
	ผู้จัดทำ	ศูนย์คุณภาพ	วันที่เริ่มใช้	1 พ.ย.2567	ผู้อนุมัติ	นพ. แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์	

ส่วนที่ 3 ผู้อนุมัติ

[] อนุมัติ

[] ไม่อนุมัติ

เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....

เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....