|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ(System Procedure)** | | **จำนวน**  16 หน้า |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **หน่วยงานที่ใช้** ทุกทีมนำ/ทุกหน่วยงาน | |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **วันที่เริ่มใช้**  ….…1/10/2562…… | |
| **หน่วยงาน** : ศูนย์คุณภาพ | | **ผู้จัดทำ** : …………………..……………….  ( นางสุชานันท์ วงศ์ศรีวิจิตร )  **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | |
| **ผู้ทบทวน** : ………………………………………….  ( นางสาวพรทิพย์ นิลพงศ์ )  **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | | **ผู้อนุมัติ** : ………………………………….…  ( นางสาวอมรรัตน์ มุขวัลย์ )  **ตำแหน่ง** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะนัง | |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน 16 หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ครั้งที่** | **วันที่ประกาศใช้** | **รายละเอียด** | **เลขหน้า** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**การแจกจ่าย**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ฝ่าย/แผนก/งาน | จำนวน | สำเนาที่ |
|  | ศูนย์ควบคุมเอกสาร | 1 | Master |
|  | องค์กรแพทย์ | 1 | 1 |
|  | ฝ่ายการพยาบาล | 1 | 2 |
|  | ผู้ป่วยใน | 1 | 3 |
|  | ผู้ป่วยนอก | 1 | 4 |
|  | ห้องอุบัติเหตุ | 1 | 5 |
|  | ห้องคลอด | 1 | 6 |
|  | ทันตกรรม | 1 | 7 |
|  | เภสัชกรรม | 1 | 8 |
|  | บริหาร | 1 | 9 |
|  | เวชระเบียน | 1 | 10 |
|  | ห้องปฏิบัติการ | 1 | 11 |
|  | เวชปฏิบัติ | 1 | 12 |
|  | งานแผนยุทธศาสตร์ | 1 | 13 |
|  | คอมพิวเตอร์ | 1 | 14 |
|  | เอกซเรย์ | 1 | 15 |
|  | กายภาพ | 1 | 16 |
|  | แพทย์แผนไทย | 1 | 17 |
|  | ซ่อมบำรุง | 1 | 18 |
|  | จ่ายกลาง | 1 | 19 |

**สารบัญ**

1. วัตถุประสงค์
2. ขอบข่าย
3. ผู้รับผิดชอบ
4. นิยามศัพท์
5. วิธีปฏิบัติ
6. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
7. เอกสารอ้างอิง
8. ภาคผนวก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  1/16 |

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมและตรวจสอบได้ โดยมีเอกสารหลักฐานที่ได้มีการกำหนดไว้เป็นทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร จึงได้กำหนดแนวทางในการจัดทำระบบเอกสารคุณภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

1. นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)
2. ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)
3. แนวทางปฏิบัติ (Work Instruction)
4. เอกสารสนับสนุน (Support Document)
5. แบบฟอร์ม (Form)
6. รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR)
7. แบบฟอร์มการรักษาเฉพาะโรค ( Care Map )

**2. ขอบเขต**

ทุกหน่วยงาน ทุกทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาลมะนัง ครอบคลุมการจัดทำเอกสารตามโครงสร้างระบบเอกสารคุณภาพ

**3. ผู้รับผิดชอบ**

3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะนัง

3.1.1 มีอำนาจในการลงนามอนุมัติ นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) เพื่อรับรองว่าเอกสารฉบับนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3.2 คณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพ(ทีมคร่อมสายงาน)

3.2.1 จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) และรายงานประเมินตนเอง (Self Assessment Report) ครอบคลุมพันธกิจหลักของแต่ละคณะกรรมการ

3.2.2 มีอำนาจลงนามอนุมัติ จัดทำแก้ไขเอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน รายงานประเมินตนเอง (Self Assessment Report) แบบฟอร์ม เอกสารอ้างอิง

3.2.3 นำเสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

3.3. หัวหน้ากลุ่มงาน

3.3.1 จัดทำ แก้ไข ปรับปรุง นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure) ครอบคลุมพันธกิจหลักนำเสนอต่อผู้อำนวยการรพ.เพื่อพิจารณาอนุมัติ ขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  2/16 |

3. 3.2 ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเอกสารที่หน่วยงานในความรับผิดชอบได้นำเสนอ ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายไม่ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับเอกสารอื่น และลงนามเมื่อเอกสารผ่านการตรวจสอบแล้วเพื่อส่งต่อขออนุมัติใช้จากผู้อำนวยการในลำดับต่อไป

3.3.3 ลงนามอนุมัติแนวทางปฏิบัติ(Work Instruction) แบบฟอร์ม และเอกสารอ้างอิง ที่หน่วยงานในความรับผิดชอบจัดทำและนำเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสาร

3.3.4 นำเสนอต่อผู้อำนวยการรพ.เพื่อพิจารณาอนุมัติ ในกรณีที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารที่เป็นนโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual) แลระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

3.4 หน่วยงาน

3.4.1 จัดทำ/แก้ไข/ปรับปรุง เอกสารคุณภาพ ระดับ แนวทางปฏิบัติ(Work Instruction) ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและเสนอขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพต่อหัวหน้ากลุ่มงาน

3.5 ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

3.5.1 ดำเนินการรวบรวมเอกสารคุณภาพจากหน่วยงานต่างๆ ออกรหัสและลงทะเบียนกำกับในเอกสารคุณภาพแต่ละระดับและสำเนาเอกสารที่ได้รับอนุมัติกลับคืนหน่วยงาน/ทีม

**4. นิยามศัพท์**

**4.1 นโยบายคุณภาพ**/**คู่มือคุณภาพ** (Quality Manual) คือเอกสารที่ระบุแนวทางกว้างๆ สำหรับให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือเพื่อปฏิบัติ และสะท้อนให้เห็นจุดยืนและค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กร หรือหน่วยงานนั้นๆ

**เอกสารคุณภาพ ระดับนโยบาย** เป็นเอกสารระดับสูงสุดเพื่อกำหนดกรอบหรือทิศทางการดำเนินงานอย่างกว้างๆ ใช้อ้างอิงและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานหรือขององค์กร จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น

**เอกสารคุณภาพ ระดับคู่มือคุณภาพ** เป็นเอกสารแม่บท เพื่อใช้อ้างอิงและกำหนดแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดของระบบการบริหารคุณภาพที่ใช้เป็นแนวทางร่วมกันขององค์กรที่ขอรับรองคุณภาพ จัดทำขึ้นโดยผู้บริหารองค์กรหรือคณะกรรมการที่ได้รับการอนุมัติให้จัดตั้งขึ้น เช่น Hospital Profile คู่มือบริหารการพยาบาล เป็นต้น

**4.2 ระเบียบปฏิบัติ** (System Procedure) คือ เอกสารที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานหรือหลายหน่วยงานของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

**4.3 วิธีปฏิบัติงาน** (Work Instruction) คือ เอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน โดยระบุขั้นตอน รายละเอียดของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  3 /16 |

**4.4 เอกสารสนับสนุน** (Support Document**)** คือเอกสารที่ถูกนำมาใช้ในการอ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติหรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเองหรืออ้างอิงจากที่อื่น เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน คู่มือการใช้เครื่องมือ คู่มือต่างๆที่ใช้ในหน่วยงานนั้นๆ เช่น มาตรฐานต่างๆ ข้อกำหนด เอกสารทางด้านเทคนิค ระเบียบกฎหมาย หนังสือชี้แจง

**4.5 แบบฟอร์ม (Form)** เป็นแบบฟอร์มหรือแบบบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้อ้างอิงหรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติงาน เพื่อเป็นหลักฐาน เพื่อการสื่อสาร เพื่อการทบทวนตรวจสอบการปฏิบัติงาน อาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง หรือเอกสารที่รับมาจากภายนอกเช่น แบบประเมินAlvolado score,แบบประเมิน 2 Q,9Q ,Standing order ทารกแรกคลอด

**4.6 รายงานการผลการประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR)** คือ รายงานการประเมินตนเองที่หน่วยงานหรือทีมเขียนขึ้น เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ทบทวนผลการทำงานและการพัฒนาคุณภาพ ทำให้ทราบถึงสมรรถนะ จุดอ่อน จุดแข็งของตนเอง สามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงองค์กรให้มีประสิทธิภาพ และ เพิ่มศักยภาพ ใช้แบบฟอร์มของ สรพ.

**4.7 แบบฟอร์มการรักษาโรคเฉพาะ (Care Map) คือแบบฟอร์มที่ใช้ยึดเป็นเกณฑ์ในการรักษาเฉพาะโรค ที่กำหนดมาตรฐานการรักษาโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขา**

**5. วิธีปฏิบัติ**

**5.1** รหัสเอกสารประเภทคู่นโยบายคุณภาพ/คู่มือคุณภาพ(Quality Manual) ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures) วิธีปฏิบัติงาน ปฏิบัติ (Work Instructions) เอกสารสนับสนุน (Supporting Document ) รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report )

ชุดที่ 3

ชุดที่ 1

ชุดที่ 2

ชุดที่ 4

ประกอบด้วยตัวอักษรและตัวเลข รวมกัน 4 ชุด ดังนี้

🞎🞏 🞏🞏🞏🞏 🞏🞏🞏 🞏🞏

ระดับเอกสารคุณภาพ ชื่อหน่วยงาน ลำดับที่ของเอกสาร ลำดับที่การแก้ไข

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  4/16 |

**ความหมายของรหัสแต่ละชุด**

**ชุดที่ 1** หมายถึง ชื่อย่อของระดับเอกสารคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น คือ

- นโยบายคุณภาพ(Quality Manual) รหัสเอกสาร **QM**

- ระเบียบปฏิบัติ (System Procedures) รหัสเอกสาร **SP**

- แนวทางปฏิบัติ (Work Instructions) รหัสเอกสาร **WI**

- เอกสารสนับสนุน (Support Document ) รหัสเอกสาร **SD**

- แบบฟอร์ม (Form) รหัสเอกสาร **FM**

- รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report) รหัสเอกสาร **SAR-(ระบุPart)**

- แบบฟอร์มการรักษาเฉพาะโรค ( Care Map ) รหัสเอกสาร CM

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ QM-PCT

รายงานผลการประเมินตนเอง SAR III คือ SAR III- PCT

**ชุดที่ 2** หมายถึง ชื่อหน่วยงาน/ทีมคร่อมสายงาน โดยการใช้อักษรย่อเป็นภาษาอังกฤษพิมพ์ใหญ่

ไม่เกิน 4 ตัว เช่น

PCT หมายถึงเอกสารที่ออกจากทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

ER หมายถึงเอกสารที่ออกจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

**ชุดที่ 3** หมายถึง ลำดับของเอกสารคุณภาพที่ออกจากหน่วยงาน/ทีม กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข

3 หลักตั้งแต่ 001-999

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 1 คือ QM-PCT-001

**ชุดที่ 4** หมายถึง ลำดับที่ของการแก้ไขเอกสารคุณภาพฉบับดังกล่าวที่ออกจากหน่วยงาน/ทีม กำหนดให้แสดงเป็นตัวเลข 2 หลักตั้งแต่ 01-99 หากเป็นฉบับแรกยังไม่มีการแก้ไขไม่ต้องเขียน 00

เช่น เอกสารนโยบายคุณภาพของทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉบับที่ 5 แก้ไขครั้งที่ 1 คือ

QM- PCT-005-01 เป็นต้น

หมายเหตุ 1.แบบฟอร์มที่มาจากหน่วยงานภายนอกที่ให้หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลบันทึกเพื่อนำส่งข้อมูล สามารถนำมาใช้งานได้ โดยไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสาร 2. แบบฟอร์มบางประเภทที่เป็นเรื่องเฉพาะ ไม่ต้องกำหนดรหัสเอกสารสามารถนำมาใช้งานได้ เช่น แบบฟอร์ม ทางบัญชี, ใบเสร็จรับเงิน , แบบฟอร์มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

**5.2 การออกรหัส/แก้ไข/หรือยกเลิกเอกสารคุณภาพ**

5.2.1หน่วยงาน/ทีม ที่ได้จัดทำเอกสารคุณภาพและได้รับการลงนามอนุมัติแล้ว ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  5/16 |

5.2.2 กรณีที่ต้องการแก้ไขหรือยกเลิกเอกสารคุณภาพให้ใช้ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ(ภาคผนวก)พร้อมเอกสารฉบับเดิมและเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ เมื่อเอกสารได้รับการอนุมัติแล้ว ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลจะดำเนินการออกเลขรหัสเอกสารตามวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ข้างต้นพร้อมทั้งเรียกคืนเอกสารคุณภาพฉบับเก่าเพื่อทำลายทิ้ง

5.2.3 เอกสารที่ยกเลิกแล้วหากต้องการนำกลับมาใช้ใหม่ ให้ขอขึ้นทะเบียนใหม่โดยเลขรหัสจะไม่ใช้รหัสเอกสารเดิม

**5.3 ตารางแสดงรหัสเอกสารของหน่วยงาน/ทีม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อทีมคร่อมสายงาน** | **รหัสเอกสาร** |
| 1 | ทีมบริหาร/ทีมนำสูงสุด ( Hospital Lead Team) | LED |
| 2 | คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง | RM |
| 3 | คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล | HRD |
| 4 | คณะกรรมการเทคโนโลยีและสารสนเทศ | IM |
| 5 | คณะกรรมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย | PCT |
| 6 | คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย | ENV |
| 7 | คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ | IC |
| 8 | ทีมองค์กรแพทย์ | MSO |
| 9 | ทีมองค์กรพยาบาล | NSO |
| 10 | ทีมชุมชน(Community Team) | COM |
| 11 | คณะกรรมการ5ส | 5S |
| 12 | คณะกรรมการไกล่เกลี่ย | MC |
| 13 | ศูนย์คุณภาพ | QC |
| 14 | ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด(Pharmacy Therapeutic Community | PTC |
| 15 | ทีมบริหารทรัพยากรสุขภาพ(Utilization management) | UM |
| 16 | ทีมระบบบริการ (System service team) | SST |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  6/16 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อหน่วยงาน/งาน** | **รหัสเอกสาร** |
| 1 | งานธุรการ | ADM |
| 2 | งานยานพาหนะ( Vehicle) | VEH |
| 3 | งานการเจ้าหน้าที่ (personel administrative division) | PAD |
| 4 | งานพัสดุ | PCO |
| 5 | งานซ่อมบำรุง | MT |
| 6 | ฝ่ายการเงินและบัญชี (finance and account division) | FAD |
| 7 | งานซักฟอก | CLE |
| 8 | งานรักษาความปลอดภัย | SEC |
| 9 | งานโภชนาการ | NUT |
| 10 | งานจ่ายกลาง | CSSD |
| 11 | งานผู้ป่วยนอก(Out patient Department) | OPD |
| 12 | งานผู้ป่วยใน (In patient Department) | IPD |
| 13 | งานห้องคลอด ( Labour Room) | LR |
| 14 | งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน | ER |
| 15 | งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู | PT |
| 16 | งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค | SAN |
| 17 | กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม | FAM |
| 18 | งานให้คำปรึกษา/เอดส์ | ARV |
| 19 | งานแพทย์แผนไทย | TTM |
| 20 | งานเทคนิคการแพทย์ | LAB |
| 21 | งานรังสีการแพทย์ | RAD |
| 22 | งานประกันสุขภาพ | NHS |
| 23 | งานเวชระเบียน | MRA |
| 24 | งานคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ | ICT |
| 25 | ฝ่ายแผนงานและประเมินผล(policy and planning sector) | PLA |
| 26 | ฝ่ายทันตกรรม | DENT |
| 27 | ฝ่ายเภสัชกรรม | PHA |
| 28 | คลินิควัณโรค | TB |
| 29 | คลินิกโรคเรื้อรัง | NCD |
| 30 | คลินิกโรคหอบ | COPD |
| 31 | คลินิคจิตเวช | PSY |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  7/16 |

**5.4 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานด้านเอกสารคุณภาพ**

| **กระบวนการ** | **แนวทางปฏิบัติ** | **เอกสารที่เกี่ยวข้อง** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.การขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ | กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเฉพาะส่วนที่ 1 (ผู้เสนอ) จำนวน 1 ใบต่อเอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน 1 เรื่อง แนบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ขอขึ้นทะเบียนคุณภาพ | -ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ(ภาคผนวก)  -File เอกสาร โดยตั้งชื่อ file เป็นรหัสเอกสารที่ต้องการขึ้นทะเบียน พร้อมระบุหน่วยงาน เบอร์ติดต่อกลับ ส่งมาทาง e.mail : suchanan.5993@gmail.com | ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ |
| 2.การตรวจสอบเบื้องต้น | ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารดังนี้  -ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้น  -รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการเขียน เอกสารคุณภาพ  -ความถูกต้อง เหมาะสมของ  เนื้อหาเอกสาร | ระเบียบปฏิบัติเรื่อง  การเขียนเอกสาร  คุณภาพ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/  หัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมคร่อมสายงาน/หัวหน้าหน่วยงาน |
| 3.การตรวจสอบรายละเอียด | -รายละเอียดของเนื้อหาในเอกสารคุณภาพต้องไม่ขัดแย้งกับนโยบายคุณภาพหรือเอกสารคุณภาพอื่นๆที่มีการนำไปใช้  -ความจำเป็นในการจัดทำเอกสารดังกล่าว  -ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร  กรณีผ่านการเห็นชอบให้ลงนาม  ในผู้ตรวจสอบส่วนที่ 2  -กรณีไม่เห็นชอบให้ส่งกลับผู้เสนอในส่วนที่ 1 เพื่อแก้ไข | -เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน  -ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ | หัวหน้าฝ่าย/ประธานทีมคร่อมสายงาน |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  8/16 |

| **กระบวนการ** | **แนวทางปฏิบัติ** | **เอกสารที่เกี่ยวข้อง** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.การนำเสนออนุมัติ | -ระดับเอกสารที่เป็นแนวทางปฏิบัติ(Work Instructions)อนุมัติใช้โดยหัวหน้าฝ่ายของแต่ละหน่วยงาน/ประธานของแต่ละทีม  -เอกสารระดับนโยบายคุณภาพ **/**คู่มือ(Quality Manual) และระเบียบปฏิบัติ (System Procedure )ที่ได้รับการตรวจสอบรายละเอียดและลงนามจากหัวหน้าฝ่ายแล้ว ให้ฝ่ายดำเนินการนำเสนอผู้อำนวยการรพ.เพื่อพิจารณาอนุมัติใช้  - เอกสารระดับเอกสารสนับสนุน/แบบฟอร์ม (Form) /รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report) อนุมัติใช้โดยหัวหน้ากลุ่มงานของแต่ละหน่วยงาน/ประธานทีมคร่อมสายงานของแต่ละทีม | -เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน  -ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ(ภาคผนวก) | หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานทีมคร่อมสายงาน |
| 5.การอนุมัติ | -ผู้อนุมัติพิจารณาเอกสารคุณภาพหากพบว่าต้องแก้ไขให้ส่งกลับฝ่ายและหน่วยงานตามลำดับ  -กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติใช้ให้ลงนามผู้อนุมัติส่วนที่ 3 และส่งต่อศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล | -เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน  -ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ(ภาคผนวก) | ผู้อำนวยการ**โ**รงพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ประธานทีมคร่อมสายงาน |
| 6.การขึ้นทะเบียนและจัดเก็บเอกสาร | งานคุณภาพดำเนินการขึ้นทะเบียนและออกรหัสเอกสารพร้อมประทับตราวันที่ลงในเอกสาร โดย  จัดเก็บในระบบอิเลคทรอนิคส์และเก็บรวบรวมสำเนาเอกสาร | -ทะเบียนเอกสาร คุณภาพ  -File เอกสารที่ปรับปรุงแล้ว | ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  9/16 |

| **กระบวนการ** | **แนวทางปฏิบัติ** | **เอกสารที่เกี่ยวข้อง** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 7.การส่งคืนเอกสาร | เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังหน่วยงาน/ทีมฯของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยฉบับจริงเก็บไว้กับศูนย์คุณภาพและส่งสำเนาให้หน่วยงาน/ทีมของผู้เสนอ | เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก | ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล |
| 8.การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ | หน่วยงาน/ทีม จัดเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติไว้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกตามความเหมาะสม | - | หน่วยงาน/ทีม |
| 9.การแก้ไข/ยกเลิกการใช้เอกสาร | ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียน โดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ยกเลิก | -เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ยกเลิก  -เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน | หน่วยงาน/ทีม |

**5.5 การจัดทำเอกสารคุณภาพ**

**5.5.1 ผู้จัดทำเอกสารคุณภาพ ผู้ตรวจสอบ ผู้อนุมัติเอกสารในระบบเอกสารคุณภาพ มีรายละเอียดตามตาราง ดังนี้**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชนิดเอกสารคุณภาพ | ผู้จัดทำ | ผู้ทบทวน | ผู้อนุมัติ |
| นโยบาย/คู่มือคุณภาพ (Quality Manual : QM) | ผู้อำนวยการรพ./ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล**/**หัวหน้ากลุ่มงาน | ผู้อำนวยการ/ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล | ผู้อำนวยการรพ. |
| ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP) | หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้อง | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน | ผู้อำนวยการรพ. |
| วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) | หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้อง | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน | ผู้อำนวยการรพ. |
| เอกสารสนับสนุน (Supporting Document : SD) | หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้อง | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน |
| แบบฟอร์ม(Form :FM) | หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้อง | หัวหน้างาน/ ประธานทีมคร่อมสายงาน | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  10/16 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชนิดเอกสารคุณภาพ | ผู้จัดทำ | ผู้ทบทวน | ผู้อนุมัติ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR) | หน่วยงาน/ คณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้องคณะกรรมการทีมที่ เกี่ยวข้อง | หัวหน้างาน/ ประธานทีมคร่อมสายงาน | หัวหน้ากลุ่มงาน/ ประธานทีมคร่อม  สายงาน |

**5.5.2 รูปแบบของเอกสารคุณภาพ**

**5.5.2.1 สำหรับเอกสารคุณภาพระดับ Quality Manual : QM**

**หัวกระดาษสำหรับเอกสารหน้าแรก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระดับเอกสารคุณภาพ……………………….** | | **จำนวน**  .............**หน้า** |
| **เรื่อง......................................** | **หน่วยงานที่ใช้**………………………………… | |
| **รหัสเอกสาร**.................................... | **วันที่เริ่มใช้**................................................ | |
| **หน่วยงาน /ทีม**: …………………. | | **ผู้จัดทำ** : ………………………..  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง**: ……………………………………. | |
| **ผู้ทบทวน**: ……………………  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง** : ………………………………………. | | **ผู้อนุมัติ** : ………………………………  (……………………………..)  **ตำแหน่ง** ……………………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 11/16 |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ครั้งที่** | **วันที่ประกาศใช้** | **รายละเอียด** | **เลขหน้า** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**หัวข้อต่างๆตามรายละเอียดของเอกสาร ที่กำหนดให้มี คือ**

-สามารถใชรูปแบบใดก็ไดตามความเหมาะสม แตตองมีความชัดเจน,Hospital profie ใช้รูปแบบของ สรพ.

**5.5.2.2 สำหรับเอกสารคุณภาพระดับSP,WI**

**หัวกระดาษสำหรับเอกสารหน้าแรก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระดับเอกสารคุณภาพ……………………….** | | **จำนวน**  .............**หน้า** |
| **เรื่อง......................................** | **หน่วยงานที่ใช้**………………………………… | |
| **รหัสเอกสาร**.................................... | **วันที่เริ่มใช้**..................................................... | |
| **หน่วยงาน /ทีม**: …………………. | | **ผู้จัดทำ** : ………………………..  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง**: ……………………………………. | |
| **ผู้ทบทวน**: ……………………  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง** : ………………………………………. | | **ผู้อนุมัติ** : ………………………………  (……………………………..)  **ตำแหน่ง** ……………………………………………… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** เรื่อง ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 12/16 |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ครั้งที่** | **วันที่ประกาศใช้** | **รายละเอียด** | **เลขหน้า** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**หัวข้อต่างๆตามรายละเอียดของเอกสาร ที่กำหนดให้มี คือ**

**-วัตถุประสงค์** : เพื่อระบุวัตถุประสงค์ที่จัดทำเอกสารคุณภาพเรื่องดังกล่าว

**-ขอบเขต:** เพื่อระบุถึงบุคคล /หน่วยงาน/กระบวนการที่เอกสารดังกล่าวเชื่อมโยงไปถึงแนวทางปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพ ฉบับนี้ใช้ส าหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

**-คำนิยามศัพท์ :** เพื่อระบุคำจำกัดความของศัพท์ที่เป็นคำเฉพาะเพื่อสื่อสาร

**-อุปกรณ/เครื่องมือ :** ระบุอุปกรณหรือเครื่องมือที่ใชในการปฏิบัติงานนั้น **(ถามี :เฉพาะWI)**

**-ผู้รับผิดชอบ** : เพื่อระบุผู้ที่มีหน้าที่และรับผิดชอบต่อกิจกรรมดังกล่าว

**-ขั้นตอนการปฏิบัติ :** เพื่อระบุขั้นตอนและ/หรือวิธีการปฏิบัติในกิจกรรมดังกล่าวเพื่อแสดง

ว่าใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร อาจแสดงในลักษณะบรรยายและ/หรือใช้แผนผัง

-**เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) :** เพื่อระบุเอกสารอื่นที่เอกสารคุณภาพที่ไดจ้ดทำขึ้นอ้างอิงไปถึง

-**ภาคผนวก/เอกสารแนบท้าย(ถ้ามี) :** เพื่อระบุรายละเอียดของเอกสารที่ได้กล่าวไว้

**หัวกระดาษสำหรับหน้าต่อๆไป**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า**  / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 13/16 |

**5.5.2.2 สำหรับเอกสารคุณภาพระดับ SD และ FM**

**หัวกระดาษสำหรับเอกสารหน้าแรก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manang** | **แบบฟอร์ม (Form)** | | **จำนวน**  1 หน้า |
| **เรื่อง** ............................................ | **วันที่เริ่มใช้**  .................................................. | |
| **รหัสเอกสาร**................................... |
| **หน่วยงาน /ทีม**: ………………….**....................................** | | **ผู้จัดทำ** : ………………………..  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง**: ……………………………………. | |
| **ผู้ทบทวน**: ……………………  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง** : ……………………………………… | | **ผู้อนุมัติ** : ………………………………  (……………………………..)  **ตำแหน่ง** ……………………………………………… | |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ครั้งที่** | **วันที่ประกาศใช้** | **รายละเอียด** | **เลขหน้า** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**สำหรับหน้าต่อๆไป**

รูปแบบอิสระแต่ให้พิมพ์ชื่อโรงพยาบาลที่มุมบนของกระดาษด้านขวามือ และ รหัส กำกับเอกสารแต่ละชุด พร้อมทั้งวันที่ประกาศใช้ไว้ใต้รหัสเอกสาร ที่มุมล่างของกระดาษทางขวามือ

ตัวอย่าง FM-PCT-001

01/01/60

คือ แบบฟอร์มเอกสาร เรื่องที่1 ของคณะกรรมการPCT ประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2560

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 14/16 |

ตัวอย่าง SD-IM-001-01

01/04/60 คือ เอกสารสนับสนุนเรื่องที่ 1 ของคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ ประกาศใช้

วันที่ 1 เมษายน 2560 แก้ไข ครั้งที่ 1

**5.5.2.3รายงานการประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR)**

**หัวกระดาษสำหรับเอกสารหน้าแรก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระดับเอกสารคุณภาพ……………………….** | | **จำนวน**  .............**หน้า** |
| **เรื่อง......................................** | **หน่วยงานที่ใช้**………………………………… | |
| **รหัสเอกสาร**.................................... | **วันที่เริ่มใช้**..................................................... | |
| **หน่วยงาน /ทีม**: …………………………….. | | **ผู้จัดทำ** : ………………………..  (…………………………………….)  **ตำแหน่ง**: ……………………………………. | |

**การควบคุมเอกสารคุณภาพ**

**ประวัติการแก้ไข จำนวน หน้า**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ครั้งที่** | **วันที่ประกาศใช้** | **รายละเอียด** | **เลขหน้า** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 15/16 |

**สำหรับหน้าต่อๆไป**

ให้ใช้รูปแบบจากสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน) ให้พิมพ์รหัสกำกับเอกสารแต่ละชุด พร้อมวันที่จัดทำ ที่มุมล่างทางขวามือของกระดาษ

**รูปแบบเอกสารคุณภาพ** ที่จะจัดทำเป็นรูปเล่ม ให้มีองค์ประกอบดังนี้

-หน้าปกประกอบด้วย ตราประจำโรงพยาบาล รหัสหมายเลขเอกสาร ชื่อเรื่องของเอกสาร ชื่อหน่วยงาน **(ภาคผนวก)**

-รูปหน้าแต่ละหน้าประกอบด้วยหัวกระดาษ มีรูปแบบตามที่ศูนย์คุณภาพกำหนด

**5.5.3 การพิมพ์เอกสารเพื่อดำเนินการ**

5.5.3.1 ตั้งค่าหน้ากระดาษ ด้านบน ด้านล่าง ห่างจากขอบกระดาษ 1.5 ซม. ด้านซ้าย ห่างจากขอบกระดาษ 3 ซม ด้านขวา ห่างจากขอบกระดาษ 2 ซม ยกเว้นเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (FM)ตั้งค่าหน้ากระดาษตามความเหมาะสม

5.5.3.2 เอกสารคุณภาพระดับQM (ยกเว้น Hospital profile ),SP,WI,SD,FM

-พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้ Font TH SarabunPSK ขนาด 16 สำหรับหัวข้อต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์, ขอบข่าย ให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 ยกเว้นในส่วนของชื่อเรื่องให้พิมพ์ตัวหนา ขนาด 18

-หัวข้อย่อยให้ใช้หมายเลขหลังจุดทศนิยมตามหัวข้อใหญ่ไปเรื่อยๆ

-รายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด กรณีที่ไม่มีให้ระบุโดยพิมพ์คำว่า ไม่มี กำกับ

5.5.3.3 เอกสารคุณภาพระดับSAR และเอกสารคุณภาพระดับQM คือHospital profile พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษรใช้ Font TH SarabunPSK ขนาด 16 หัวข้อต่างๆและหัวข้อบทเรียนพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

5.5.3.4 หน่วยงานที่ขอขึ้นทะเบียนเอกสารหลังได้รับการอนุมัติแล้วต้องส่งเอกสารพร้อมกับไฟล์ข้อมูลเป็น Microsoft Office Word file มาที่ศูนย์คุณภาพ

**5.5.4 สารบัญและบันทึกการประกาศใช้**

ศูนย์คุณภาพจะเป็นผู้ควบคุม / บันทึก สารบัญ และการประกาศใช้ รวมทั้งบันทึกการแก้ไขตามตาราง

ตารางการควบคุมการกระจายเอกสาร

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manang** | **ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)** | |
| **เรื่อง** ระบบเอกสารคุณภาพ | **ประกาศใช้วันที่** 1/ 10 /2562 |
| **ฉบับที่** 1 **แก้ไขครั้งที่** 0 |
| **รหัสเอกสาร** SP-QC-001 | **หน้า** 16/16 |

รายชื่อหน่วยงานที่ถือครองเอกสาร

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | หน่วยงานที่ถือครองเอกสาร | ว/ด/ป ที่บังคับใช้ | ว/ด/ป ที่เรียกคืน | ลงนามผู้รับเอกสาร |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** ศูนย์คุณภาพเก็บต้นฉบับ สำเนาส่งหน่วยงานเจ้าของเอกสา**ร**

บัญชีคุมเอกสาร/แบบฟอร์ม/คู่มือ ของหน่วยงาน

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | วันที่แก้ไข | วันที่ยกเลิก | รหัส | ชื่อเอกสาร | หน่วยงานอื่นที่ ใช้ | วันบังคับใช้ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5.5.5 การทบทวน ปรับปรุงแก้ไขเอกสารระยะยาว**

กำหนดให้มีการทบทวน แก้ไขเอกสารคุณภาพทุก 3 ปี หลังการประกาศใช้ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ยกเว้น Hospital profile และ รายงานการประเมินตนเอง (SAR) ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขทุกปี

**6. เอกสารที่เกี่ยวข้อง**

1. FM-QC-001 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับนโยบาย / คู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

2. FM-QC-002 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับระเบียบปฏิบัติ (System Procedure)

3. FM-QC-003 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับวิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)

4. FM-QC-004 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับเอกสารสนับสนุน (Support Document)

5. FM-QC-005 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์ม (Form)

6. FM-QC-006 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับรายงานการผลการประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR)

7. FM-QC-007 ทะเบียนเอกสารคุณภาพระดับแบบฟอร์มการรักษาโรคเฉพาะ (Care Map)

8. FM-QC-008 ใบขอขึ้นทะเบียน /ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

4. FM-QC-009 ใบรับ/คืนเอกสาร

5. FM-QC-010 ใบยืม/คืนเอกสาร

**7. เอกสารอ้างอิง**

-

**8. ภาคผนวก**

- ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสารคุณภาพ

- แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก เอกสาร

- หน้าปก คู่มือคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติ(ที่จัดทำเป็นเล่ม หรือมีหลายหน้า)

**ภาคผนวก**

**ใบขอขึ้นทะเบียน /ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ โรงพยาบาลมะนัง**

โรงพยาบาลมะนัง

|  |
| --- |
| **ส่วนที่1 ผู้เสนอขอ**  **วันที่เสนอ………………………………….……**  **คณะกรรมการฯ/หน่วยงาน………………………………………………………………………………………………………….**  **เรื่อง**   การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ   การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ  การยกเลิกเอกสารคุณภาพ  **ประเภทเอกสารคุณภาพ**   นโยบายคุณภาพ(Quality Manual)  ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)   วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)  เอกสารสนับสนุน (Support Document)   แบบฟอร์ม ( Form ) รายงานการประเมินตนเอง (SAR)  **เอกสารคุณภาพเรื่อง.............................................................................................................................................................**  **รหัสเอกสารคุณภาพ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **เหตุผลการจัดทำ.......................................................................................................................................................................................**   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  เหตุผลและข้อเสนอแนะ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  เห็นควรให้งานคุณภาพดำเนินการต่อไป  ลงชื่อ…………………………………………. ผู้อนุมัติ  ตำแหน่ง....................................................................  วันที่.......................................................................... |

FM-QC-008 1/10/2562

**แผนผังขั้นตอนการขึ้นทะเบียน / แก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ผู้เกี่ยวข้อง** | **กระบวนการ** | **เอกสารที่เกี่ยวข้อง** |
| หน่วยงาน /หัวหน้าฝ่าย/ทีม  คร่อมสายงาน  หัวหน้าฝ่าย /  ประธานทีม  คร่อมสาย  งาน  หัวหน้าฝ่าย /  ประธานทีม  คร่อมสายงาน  / ผู้อำนวยการ  โรงพยาบาล  หัวหน้าฝ่าย /  ประธานทีม  คร่อมสายงาน  / ผู้อำนวยการ  โรงพยาบาล  ศูนย์คุณภาพ  หน่วยงาน /  ทีมคร่อมสาย  งาน  ศูนย์คุณภาพ | เก็บรวบรวมเอกสาร  เผยแพร่เอกสาร  ออกรหัสเอกสาร/เก็บต้นฉบัย  ไม่อนุมัติ  การอนุมัติ  เสนอขออนุมัติ  ผ่าน  เอกสารคุณภาพ  การเสนอขึ้นทะเบียน / แก้ไข /ยกเลิก เอกสารคุณภาพ  การตรวจสอบ  อนุมัติ  ไม่ผ่าน | เอกสารประดับ  นโยบายคุณภาพ,  ระเบียบปฏิบัติ  แนวทางปฏิบัติ  ใบขอขึ้นทะเบียน  / แก้ไข / ยกเลิกเอกสารคุณภาพ  คอมพิวเตอร์/  ทะเบียนเอกสารคุณภาพ |

****

ขนาดรูปภาพ 5×5

**รูปแบบหน้าปกสำหรับเอกสารคุณภาพที่จัดทำเป็นรูปเล่ม**

**ชื่อเอกสาร**

**รหัสเอกสาร**

ตัวอักษรขนาด 32

ตัวอักษรขนาด 36

**หน่วยงาน/ทีม**

ตัวอักษรขนาด 32

**โรงพยาบาลมะนัง**

ตัวอักษรขนาด 32

****

**ตัวอย่างหน้าปกสำหรับเอกสาร**

**คุณภาพที่จัดทำเป็นรูปเล่ม**

**ระบบเอกสารคุณภาพ**

**SP-QC-001**

**ศูนย์คุณภาพ**

**โรงพยาบาลมะนัง**