 วิทยาลัยราชภัฏสงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑ จาก ๑๙

สารบัญ




ตอนที่


หัวข้อ

- | | |
|----|---------------------|
| ๑. | วัตถุประสงค์ |
| ๒. | ขอบเขต |
| ๓. | คำนิยามศัพท์ |
| ๔. | ความรับผิดชอบ |
| ๕. | ขั้นตอนการปฏิบัติ |
| ๖. | เอกสารที่เกี่ยวข้อง |
| ๗. | การเก็บบันทึกคุณภาพ |

ภาคผนวก

บันทึกการประกาศใช้

ฉบับที่	แก้ไขครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	ผู้จัดทำแก้ไข	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
A	๐	๑๕ มิถุนายน ๖๔	 (นางกาญจนา รัตนพันธุ์)	 (นางสาวเสริมสุข ภูสิโรรัมย์)	 (นายธนรัตน์ พุทธชาติ)

 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๓ จาก ๑๙

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มั่นใจว่าเอกสารและข้อมูลภายในโรงพยาบาล ที่มีผลต่อคุณภาพของงานบริการ และระบบบริหารคุณภาพ ต้องมีการควบคุมให้นำไปใช้ได้ถูกต้อง และเหมาะสม โดยที่

- ๑.๑ มีแนวทางในการจัดทำเอกสารคุณภาพตามระบบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับการอนุมัติและประกาศใช้
- ๑.๒ เอกสารคุณภาพทุกฉบับที่ใช้มีความถูกต้อง ไม่ซ้ำซ้อน และทันสมัย
- ๑.๓ ทราบรายการเอกสารคุณภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลรัษฎารักษ์สงขลา

๒. ขอบเขต

ขั้นตอนปฏิบัติงานนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับควบคุมเอกสารและข้อมูล ที่จัดทำขึ้นหรือใช้อยู่ภายในโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมถึงบุคคลที่มีหน้าที่ปฏิบัติงาน การใช้เอกสารและข้อมูล การแจกจ่ายรวมถึงการทบทวน การตรวจสอบและการอนุมัติเอกสารข้อมูล เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถคงไว้หรือมีการพัฒนาคุณภาพ

๒.๑ เอกสารที่ต้องนำมาขอขึ้นทะเบียน ได้แก่

- ๒.๑.๑ คู่มือคุณภาพ (Quality Manual: QM)
- ๒.๑.๒ ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP)
- ๒.๑.๓ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction :WI)
- ๒.๑.๔ แบบฟอร์ม (Form : FM)
- ๒.๑.๕ เอกสารสนับสนุนอื่น ๆ เช่น คู่มือ (Hand Book :HB) หรือ เอกสารจากภายนอก (External Document: EXD)

๒.๒ ต้องดำเนินการจัดทำและควบคุมเอกสารคุณภาพ ในกรณีต่อไปนี้

- ๒.๒.๑ จัดทำเอกสารคุณภาพใหม่
- ๒.๒.๒ ทบทวน/ปรับปรุงแก้ไขเอกสารใหม่
- ๒.๒.๓ ยกเลิกเอกสารคุณภาพ


๒.๓ ต้องมีบัญชีแม่บท (Master list) แสดงถึงรายการ จุดที่นำไปใช้งานและสถานะเอกสารให้ทันสมัยอยู่เสมอ

๓. คำนิยามศัพท์

๓.๑ เอกสารคุณภาพ หมายถึง หลักฐานซึ่งทำให้ปรากฏความหมายด้วยตัวอักษร ตัวเลข ผัง แบบแผนโดยวิธีพิมพ์ ภาพถ่าย หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะงานที่ปฏิบัติจริงตามกระบวนการหลักของหน่วยงาน หรือক্রוםสายงาน ระหว่างหน่วยงาน โดยทั่วไปควรมีข้อความสั้น อ่านง่าย ทำความเข้าใจง่าย เมื่อเอกสารคุณภาพถูกนำมาขึ้นทะเบียนแล้ว บุคลากรต้องปฏิบัติตามแนวทางนั้น

๓.๒ ชื่อหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานที่เป็นเจ้าของเอกสารซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก หรือคณะกรรมการหลักที่เกี่ยวข้องกับเอกสารคุณภาพ

๓.๓ ผู้จัดทำแก้ไข หมายถึง รายชื่อผู้รับผิดชอบจัดทำหรือแก้ไขเอกสารคุณภาพในเรื่องนั้น ๆ ตำแหน่งในหน่วยงานหรือทีมสหวิชาชีพที่จัดทำ พร้อมลายมือชื่อ

 วิทยาลัยราชภัฏสงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๔ จาก ๑๙

๓.๔ ผู้ทบทวน คือ ผู้ที่มีความรู้ในรายละเอียดของเอกสารคุณภาพในเรื่องนั้น ๆ หรือทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในกระบวนการนั้น เป็นผู้ทำหน้าที่ทบทวนเอกสาร เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน หรือประธานทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ

๓.๕ ผู้อนุมัติ หมายถึง ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและรับรองว่าเอกสารคุณภาพฉบับนั้น ๆ สามารถนำไปเผยแพร่หรือปฏิบัติในองค์กรหรือหน่วยงานได้ เป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติใช้เอกสารแต่ละระดับของเอกสารเพื่อให้เอกสารนั้นสามารถนำไปเผยแพร่และบังคับใช้ได้

๓.๖ ระดับเอกสารคุณภาพ แบ่งออกเป็น ๖ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ ระดับนโยบาย/คู่มือคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Quality Manual : QM) เป็นเอกสารที่ระบุแนวทางกว้าง ๆ สำหรับให้บุคลากรทุกคนในองค์กรหรือหน่วยงานยึดถือเพื่อปฏิบัติ และสะท้อนให้เห็นจุดยืน และค่านิยมด้านคุณภาพขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ

ระดับที่ ๒ ขั้นตอน/ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure : SP) คือเอกสารที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการประสานงานร่วมกัน

ระดับที่ ๓ วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) คือเอกสารที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานโดยระบุขั้นตอน รายละเอียดของการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

ระดับที่ ๕ แบบฟอร์ม (Form :FM) คือแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกนำมาใช้อ้างอิง หรือประกอบรายละเอียดของเอกสารคุณภาพระดับแนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ เอกสารที่เป็นฟอร์มใช้ประกอบในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง


ระดับที่ ๔ เอกสารสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ คู่มือต่าง ๆ (Hand Book: HB) หรือ เอกสารจากภายนอก (External Document : EXD) ที่ใช้ในหน่วยงานนั้น ๆ

เอกสารจากภายนอก (External Document: EXD)) ได้แก่ หมายถึง เอกสารที่รับมาจากภายนอกโรงพยาบาลราชภัฏสงขลา ซึ่งพิจารณาแล้วว่าเป็นความจำเป็นต่อการดำเนินงาน เช่น กฎหมายระเบียบราชการ ระเบียบข้อบังคับหน่วยงาน เป็นต้น

๓.๗ เอกสารควบคุม (Controlled Copy) หมายถึง เอกสารที่ต้องมีการควบคุม โดยจะต้องมีการประทับตรา เพื่อรับรองเอกสารเป็น “เอกสารควบคุม/ Controlled Copy” หากมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกี่ยวกับเอกสารควบคุม จะต้องมีการส่งเอกสารข้อมูลที่ Update ให้กับผู้ครอบครองเอกสารควบคุมนี้ใหม่เสมอ

ประเภทของเอกสารควบคุม (Controlled Copy) ได้แก่ คู่มือ, ระเบียบการปฏิบัติงาน (System Procedure), คู่มือปฏิบัติงาน (Work Instruction), เอกสารสนับสนุน (Supporting Document), แบบฟอร์ม (Form), เอกสารจากภายนอก (External Document)

๓.๘ เอกสารไม่ควบคุม (Uncontrolled Copy) หมายถึง เอกสารควบคุมชุดหนึ่ง ๆ ซึ่งมีการร้องขอเพื่อให้การใช้งานเป็นเอกสารไม่ควบคุมและไม่ต้องการการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยจะมีการประทับตรารับรองเอกสารเป็น “เอกสารไม่ควบคุม/ Uncontrolled Copy” ถ้ามีการแก้ไข เปลี่ยนแปลงเอกสารนี้อีก ก็ไม่ต้องแจกจ่ายเอกสารชุดใหม่หรือเอกสารที่เปลี่ยนแปลงนี้ให้กับผู้ที่ครอบครองเอกสาร นี้ก็ต่อไป

 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ		<input type="checkbox"/> ควบคุม	<input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๕ จาก ๑๙

๔. ผู้รับผิดชอบ

๔.๑ ตารางแสดงรายละเอียดผู้มีอำนาจในการตรวจสอบ ทบทวนและอนุมัติเอกสารคุณภาพ

ลำดับ	ประเภทเอกสาร	ผู้ทบทวน	ผู้อนุมัติ
๑.	คู่มือคุณภาพ (QM)	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	ผู้อำนวยการ
๒.	ระเบียบปฏิบัติงาน (SP)	หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
๓.	คู่มือปฏิบัติงาน (WI)	หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
๔.	แบบฟอร์ม (FM)	หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
๕.	เอกสารสนับสนุน คู่มือ :HB และ เอกสารจากภายนอก :EXD)	หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง

๔.๒ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ กำหนดในการออกรหัสเอกสาร ดังนี้

๔.๒.๑ เอกสารระดับ ๒ และ ๓ (ระเบียบปฏิบัติงาน :SP/คู่มือปฏิบัติงาน : WI)

กำหนดให้ AA-BB-CC

AA = รหัสประเภทของเอกสาร

BB = รหัสหน่วยงานผู้ออกเอกสาร

CC = ลำดับที่ของเอกสาร

ตัวอย่าง

SP-QU-๐๐๑ หมายถึงเอกสารประเภทระเบียบปฏิบัติงาน (System Procedure: SP) ที่ออกโดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ลำดับเอกสารที่ ๑

๔.๒.๒ เอกสารระดับที่ ๔ (แบบฟอร์ม:FM)

กำหนดให้ FM-BB-CC/๐๐/๐๐/๐๐

FM= เอกสารที่เป็นแบบฟอร์ม


BB= รหัสหน่วยงานที่ออกเอกสาร

CC= ลำดับที่ของเอกสาร

๐๐/๐๐/๐๐= วัน เดือน ปีที่เอกสารเข้าสู่ระบบ


ตัวอย่าง

FM-QU-๐๐๑/๐๕/๐๑/๖๓ หมายถึง เอกสารประเภทแบบฟอร์มที่ออกโดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ลำดับเอกสารที่ ๑ เอกสารเข้าสู่ระบบ เมื่อวันที่ ๕ เดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๖๓


 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๖ จาก ๑๙

๕. ขั้นตอนปฏิบัติ

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
๕.๑ การขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ	กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มเฉพาะส่วนที่ ๑ (ผู้เสนอ) จำนวน ๑ ใบต่อเอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน ๑ เรื่อง แบบเอกสารคุณภาพพร้อมไฟล์ที่ขอขึ้นทะเบียน	ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (ภาคผนวก)	ผู้จัดทำเอกสาร คุณภาพ
๕.๒ การตรวจสอบเบื้องต้น	ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารดังนี้ - ระดับเอกสารเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้น - รูปแบบเอกสารเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการเขียนเอกสารคุณภาพ - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร	-ระเบียบปฏิบัติเรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึก(SP-QU-๐๐๑)	ประธาน คณะกรรมการ/ หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้า กลุ่มงาน/หน่วยงาน
๕.๓ การตรวจสอบรายละเอียด	- รายละเอียดของเนื้อหาในเอกสารคุณภาพต้องไม่ขัดแย้งกับนโยบายคุณภาพหรือเอกสารคุณภาพอื่น ๆ ที่มีการนำไปใช้ - ความจำเป็นในการจัดทำเอกสารดังกล่าว - ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาเอกสาร - กรณีผ่านการเห็นชอบให้ลงนามในผู้ตรวจสอบส่วนที่ ๒ -กรณีไม่เห็นชอบให้ส่งกลับผู้เสนอในส่วนที่ ๑ เพื่อแก้ไข	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (FM-QU-๐๐๑)	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ/ผู้ประสาน งานคุณภาพ
๕.๔ การนำเสนออนุมัติ	- เอกสารระดับคู่มือปฏิบัติ(WI)อนุมัติใช้โดยหัวหน้าของหน่วยงาน/ประธานของทีม - เอกสารระดับนโยบายคุณภาพ(QM) และระเบียบปฏิบัติ (SP) ที่ได้รับการตรวจสอบและลงนามจากหัวหน้าฝ่ายแล้วให้หัวหน้าหน่วยงานดำเนินการนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล	- เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบขอขึ้นทะเบียน/ ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (FM-QU-๐๐๑)	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ

 โรงพยาบาล วิทยาลัยราชภัฏสงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๗ จาก ๑๙

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ
	หรือประธานคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติใช้		
๕.๕ การอนุมัติ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้อนุมัติพิจารณาเอกสารคุณภาพ หากพบว่าต้องแก้ไขให้ส่งกลับฝ่ายและหน่วยงานตามลำดับ - กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติใช้ให้ลงนามผู้อนุมัติส่วนที่ ๓ และส่งต่อกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารคุณภาพที่ขอขึ้นทะเบียน - ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ(FM-QU-๐๐๑) 	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ ประธาน คณะกรรมการทีม คร่อมสายงาน/หัวหน้า ฝ่าย/กลุ่มงาน/ หน่วยงาน
๕.๖ การส่งคืนเอกสาร	เอกสารที่ได้รับการออกรหัสและประทับวันที่แล้วจะถูกส่งกลับไปยังหน่วยงาน/ทีมฯ ของผู้เสนอเพื่อปฏิบัติหรือเผยแพร่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารที่ขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิก 	กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
๕.๗ การเก็บเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ	<ul style="list-style-type: none"> -เอกสารคุณภาพ ต้องทำการเก็บรักษาอย่างเป็นระบบ กรณีบันทึกทางกฎหมายให้เก็บตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด -กรณีเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ให้ทำการสำรองข้อมูลเป็นระยะเวลาตามความเหมาะสม 		กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
๕.๘ การทบทวนเอกสาร	การทบทวนเอกสารคู่มือ(WI),ระเบียบปฏิบัติ(SP),นโยบาย(QM) จะต้องได้รับการทบทวนเนื้อหาอย่างน้อย ๑ครั้ง/ปี หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือวิธีปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> -เอกสารที่ต้องการทบทวน -ขอขึ้นทะเบียนใหม่ 	หน่วยงาน/ทีม กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ
๕.๙ การแก้ไข/ยกเลิกการใช้เอกสาร	ดำเนินการตามขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนโดยการแนบเอกสารเดิมก่อนการแก้ไข/ยกเลิก	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารที่ต้องการแก้ไข/ยกเลิก - เอกสารใหม่ที่ขอขึ้นทะเบียน 	หน่วยงาน/ทีม กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ

 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๘ จาก ๑๙

ชื่อย่อของหน่วยงาน

หน่วยงาน	คำย่อ	คำเต็ม
๑. ภารกิจด้านอำนวยการ		
๑.๑ กลุ่มงานบริหารทั่วไป	GMG	General Management Group
๑.๑.๑ งานบริหารทั่วไป	GM	General Management
- อำนวยการ	AS	Administration Service
- ยานพาหนะ	VS	Vehicle Service
๑.๑.๒ งานทรัพยากรบุคคล	HR	Human Resources
๑.๑.๓ งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	PP	Policy and Plan
๑.๒ กลุ่มงานการเงิน บัญชีและพัสดุ	FA	Finance and Accounting Department
๑.๒.๑ งานพัสดุ	PC	Purchasing Service
๑.๒.๒ งานซ่อมบำรุง	MS	Maintenance Service
๒. ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์		
๒.๑ กลุ่มงานเวชศาสตร์การพยาบาล		
๒.๑.๑ แพทย์	MED	Medical staff
๒.๑.๒ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	LAB	Laboratory
๒.๒ กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ		
๒.๒.๑ งานอาชีพบำบัด	OT	Occupation Therapy
๒.๒.๒ งานโภชนาการ	NS	Nutrition Service
๒.๓ กลุ่มงานเภสัชกรรม	PH	Pharmacy Department
๒.๔ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	MS	Medical Social-worker
๒.๕ กลุ่มงานจิตวิทยา	PSY	Psychology Department
๒.๖ กลุ่มงานทันตกรรม	DEN	Dental Clinic
๓. ภารกิจด้านการพยาบาล		
๓.๑ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล	NAG	Nurse Academic Work Group
๓.๑.๑ งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ICN	Infection Control and Nursing Care
๓.๑.๒ งานวิจัยและพัฒนากการพยาบาล	NRD	Nursing Research and Development
๓.๑.๓ งานถ่ายทอดการพยาบาล	NBJ	Nursing Broadcasting Job



โรงพยาบาล
ธัญญารักษ์สงขลา

ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑
System Procedure (SP)

เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก

กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

ควบคุม ไม่ควบคุม


วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

ฉบับที่: A

แก้ไขครั้งที่: ๐

หน้า ๙ จาก ๑๙

หน่วยงาน	คำย่อ	คำเต็ม
๓.๑.๔ งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต	NPJ	Nursing Promotes Quality of lifeJob
๓.๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	OPD	Out Patient Department
๓.๒.๑ งานการพยาบาลชุมชน	CON	Community Nursing
๓.๒.๒ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกบำบัดด้วยยา	DET	Out Patient Department Detoxification Clinic
๓.๒.๓ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฟื้นฟู สมรรถภาพ	REH	Out Patient Department Rehabilitation Clinic
๓.๒.๔ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกพิเศษ	INS	Out Patient Department Instant Clinic
๓.๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน	IPD	In Patient Department
๓.๓.๑ งานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา	IPD	In Patient Department Detoxification Clinic
- ตึกลีลาวดี	LL	LEELAWADEE
- ตึกพุทธชาต	PH	PHUTTACHAT
- ตึกพวงชมพู	PCP	PHOUNGCHOOMPU
๓.๓.๒ งานการพยาบาลผู้ป่วยในฟื้นฟู สมรรถภาพ	IPR	In Patient Department Rehabilitation Clinic
- ตึกบานบุรี (ฟื้นฟูชาย)	BB	BANBUREE
- ตึกพวงชมพู (ฟื้นฟูหญิง)	PCP	PHOUNGCHOOMPU
๔. การกิจด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		
๔.๑ กลุ่มงานประกันสุขภาพ	HSU	Health Security Unit
๔.๒ กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	MDW	Medical Digital Work Group
๔.๒.๑ งานเวชระเบียนและสถิติ	MRS	Medical record System
๔.๓ กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	RSA	Research and support academic Department
๔.๓.๑ งานห้องสมุด	LIB	Library
๔.๓.๒ งานโสตทัศนศึกษา	AU	Audiovisual
๔.๔ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	QU	Quality Development Division
๔.๕ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ การแพทย์	MPS	Medical Policy and strategy development Division


 โรงพยาบาล ราชภัฏสงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑๐ จาก ๑๙

ทีมคร่อมสายงาน

ชื่อทีมคร่อมสายงาน	คำย่อ	ชื่อเต็ม
คณะกรรมการที่นำโรงพยาบาล	LED	Leader Team
คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	RMC	Risk Management Committee
คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	HRM	Human Resource Management
คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย	PCT	Patient Care Team
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	PTC	Pharmacy team Care
คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	ENV	Environment team
คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในรพ.	ICC	Infection Control Committee
องค์กรแพทย์	MSO	Medical Staff Organization
องค์กรพยาบาล	NUR	Nurse Service Organization
คณะกรรมการเทคโนโลยีและสารสนเทศ	IM	Information management
คณะทำงานร่วมกับชุมชน	WGC	Working group with the community


๖. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- ๖.๑ ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพ (FM-QU-๐๐๑-๑๕/๐๖/๖๔)
- ๖.๒ บันทึกผู้ครอบครองเอกสารและข้อมูล (FM-QU-๐๐๒-๑๕/๐๖/๖๔)
- ๖.๓ บัญชีแม่บท (Document Master List) (FM-QU-๐๐๓-๑๕/๐๖/๖๔)
- ๖.๔ บันทึกการทบทวนประสิทธิผลของเอกสาร (Document Review Report) (F-QU-๑๕/๐๖/๖๔)

 วิทยาลัยพยาบาล ราชภัฏสกลนคร	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ			<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑๑ จาก ๑๙

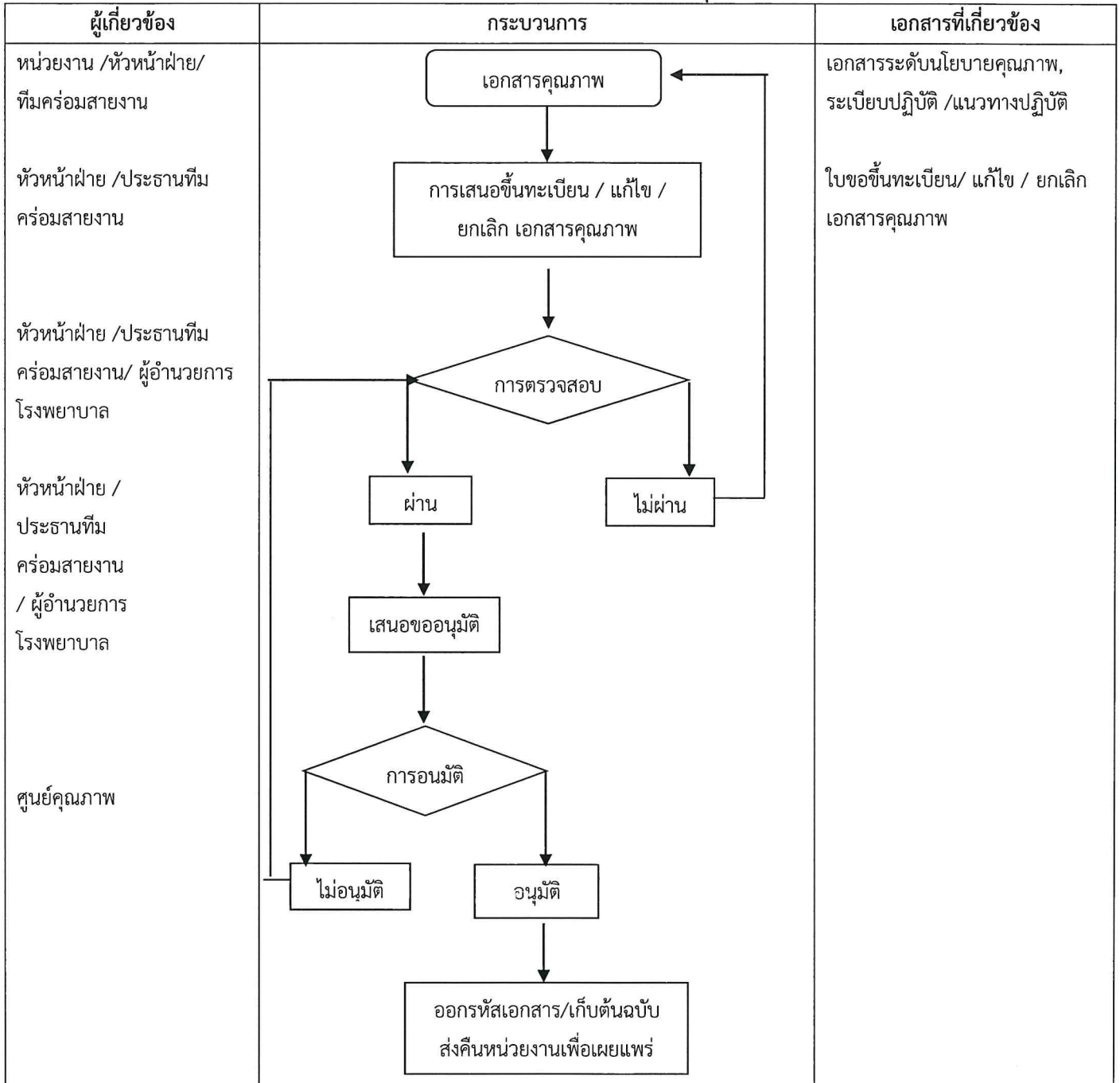
๗. การจัดเก็บบันทึกคุณภาพ


ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	ระยะเวลาจัดเก็บ
๑. ใบขอขึ้นทะเบียน/ปรับปรุงแก้ไข/ยกเลิกเอกสาร คุณภาพ	(FM-QU-๐๐๑-๑๕/๐๖/๖๔)	๒ ปี
๒. บันทึกผู้ครอบครองเอกสารและข้อมูล	(FM-QU-๐๐๒-๑๕/๐๖/๖๔)	ตลอดอายุการใช้งาน
๓. บัญชีแม่บท (Document Master List)	(FM-QU-๐๐๓-๑๕/๐๖/๖๔)	ตลอดอายุการใช้งาน
๔. บันทึกการทบทวนประสิทธิผลของเอกสาร (Document Review Report)	(FM-QU-๐๐๔/๑๕/๐๖/๖๔)	๒ ปี

 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑๒ จาก ๑๙

ภาคผนวก

๑. FLOW CHART แสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียน / แก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ




 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑๓ จาก ๑๙

๒.ใบขอขึ้นทะเบียน /ปรับปรุงแก้ไข / ยกเลิก เอกสารคุณภาพ (FM-QU-๐๐๑)

		FM-QU-๐๐๑ ส่วนที่ ๑ ผู้เสนอขอ
วันที่เสนอ.....		
คณะกรรมการ/หน่วยงาน.....		
เรื่อง	<input type="checkbox"/> การขอขึ้นทะเบียนเอกสารคุณภาพ	
	<input type="checkbox"/> การขอปรับปรุงแก้ไขข้อความในเอกสารคุณภาพ	<input type="checkbox"/> การยกเลิกเอกสารคุณภาพ
ประเภทเอกสารคุณภาพ	<input type="checkbox"/> นโยบายคุณภาพ (Quality Manual)	<input type="checkbox"/> ระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)
	<input type="checkbox"/> วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	<input type="checkbox"/> เอกสารสนับสนุน (Support Document)
	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์ม (Form)	<input type="checkbox"/> เอกสารภายนอก (External Document)
เอกสารคุณภาพเรื่อง.....		
รหัสเอกสารคุณภาพ.....		
เหตุผลการจัดทำ.....		
<input type="checkbox"/> กรณีที่เป็นเอกสารคุณภาพขึ้นทะเบียนใหม่ ได้ส่งเอกสารคุณภาพใหม่ พร้อมไฟล์ข้อมูลมาด้วย		
<input type="checkbox"/> กรณีที่เป็นการแก้ไข/ยกเลิกเอกสารคุณภาพที่เคยทำแล้ว ได้ส่งเอกสารเดิมพร้อมกับเอกสารที่จัดทำขึ้นใหม่ มาด้วย		
		(ลงชื่อ).....ผู้เสนอขอ (ตำแหน่ง).....

		ส่วนที่ ๒ ผู้ตรวจสอบ
<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้จัดทำเอกสาร ดำเนินการขออนุมัติ		
<input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ส่งคืนผู้จัดทำ		
เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....		
.....		
		(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ (ตำแหน่ง)..... วันที่.....

 โรงพยาบาล รัษฎารักษ์สงขลา	ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑ System Procedure (SP)	เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก		
	กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม		
	วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔	ฉบับที่: A	แก้ไขครั้งที่: ๐	หน้า ๑๔ จาก ๑๙

ส่วนที่ ๓ ผู้อนุมัติ	
<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ	
เหตุผลและข้อเสนอแนะ.....	
เห็นควรให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพดำเนินการต่อไป	
	(ลงชื่อ)..... ผู้อนุมัติ (ตำแหน่ง)..... วันที่.....



โรงพยาบาล
ธัญญารักษ์สงขลา

ระเบียบปฏิบัติที่ : SP-QU-๐๐๑
System Procedure (SP)

เรื่อง : การควบคุมเอกสารและบันทึก

กลุ่มงาน/หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

ควบคุม ไม่ควบคุม

วันที่เริ่มใช้: ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

ฉบับที่: A

แก้ไขครั้งที่: ๐

หน้า ๑๗ จาก ๑๙

บันทึกการทบทวนประสิทธิผลของเอกสาร (Document Review Report) FM-QU-๐๐๔-๑๕/๐๖/๖๔
ประเภทเอกสารที่ทบทวน

- [] QM: Quality manual [] WI: Work Instruction [] SP: System Procedure
[] FM: From [] อื่น ๆ

หมายเลขเอกสารและ ระดับการแก้ไข	ชื่อเอกสาร	ผลการทบทวน		ประเด็นที่ต้องแก้ไข
		มีประสิทธิภาพ	ต้องแก้ไข	

ลงนามผู้ทบทวน:
ชื่อ-นามสกุล:
ตำแหน่ง:
วันที่:

ลงนามรับทราบ:
ชื่อ-นามสกุล:
ตำแหน่ง:
วันที่: