



คู่มือการปฏิบัติงาน
การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน
ข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
Version 2.1 (มกราคม 2559)
ปีงบประมาณ 2559

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.1 (มกราคม 2559) ปีงบประมาณ 2559

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

1. นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ.(พิเศษ)นพ.พลวรรธน วิฑูรกลชิต
ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. น.ส.ดารณี คำภีระ
รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-2862-3

จัดทำโดย : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2559

จำนวน : 100 เล่ม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วน เอสพี ก๊อปปี้ปรี้น

สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมา	ก
วัตถุประสงค์	ข
การจัดส่งข้อมูล	ข
การตรวจสอบข้อมูล	ค
คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	ค
ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้ม	ง
การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม	จ
รหัสมาตรฐานและระยะเวลาการบันทึก/ปรับปรุง (update)	ฉ
ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ	
โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย	ด
แฟ้ม (1) PERSON	1
แฟ้ม (2) ADDRESS	5
แฟ้ม (3) DEATH	7
แฟ้ม (4) CHRONIC	9
แฟ้ม (5) CARD	11
แฟ้ม (6) HOME	13
แฟ้ม (7) VILLAGE	16
แฟ้ม (8) DISABILITY	19
แฟ้ม (9) PROVIDER	21
แฟ้ม (10) WOMEN	23
แฟ้ม (11) DRUGALLERGY	25
แฟ้ม (12) FUNCTIONAL	28
แฟ้ม (13) ICF	30
แฟ้ม (14) SERVICE	32

สารบัญ

	หน้า
แฟ้ม (15) DIAGNOSIS_OPD.....	36
แฟ้ม (16) DRUG_OPD.....	38
แฟ้ม (17) PROCEDURE_OPD.....	40
แฟ้ม (18) CHARGE_OPD	42
แฟ้ม (19) SURVEILLANCE	44
แฟ้ม (20) ACCIDENT	47
แฟ้ม (21) LABFU	50
แฟ้ม (22) CHRONICFU.....	53
แฟ้ม (23) ADMISSION	55
แฟ้ม (24) DIAGNOSIS_IPD.....	58
แฟ้ม (25) DRUG_IPD.....	60
แฟ้ม (26) PROCEDURE_IPD.....	62
แฟ้ม (27) CHARGE_IPD	64
แฟ้ม (28) APPOINTMENT.....	66
แฟ้ม (29) DENTAL.....	68
แฟ้ม (30) REHABILITATION.....	72
แฟ้ม (31) NCDSCREEN	75
แฟ้ม (32) FP	78
แฟ้ม (33) PRENATAL	80
แฟ้ม (34) ANC.....	82
แฟ้ม (35) LABOR	84
แฟ้ม (36) POSTNATAL	86
แฟ้ม (37) NEWBORN	88
แฟ้ม (38) NEWBORNCARE.....	91

สารบัญ

	หน้า
แฟ้ม (39) EPI.....	93
แฟ้ม (40) NUTRITION	95
แฟ้ม (41) SPECIALPP	98
แฟ้ม (42) COMMUNITY_ACTIVITY.....	100
แฟ้ม (43) COMMUNITY_SERVICE	101
แฟ้ม (44) CARE_REFER.....	103
แฟ้ม (45) CLINICAL_REFER.....	105
แฟ้ม (46) DRUG_REFER.....	107
แฟ้ม (47) INVESTIGATION_REFER	109
แฟ้ม (48) PROCEDURE_REFER.....	111
แฟ้ม (49) REFER_HISTORY	114
แฟ้ม (50) REFER_RESULT	118
ภาคผนวก : รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ(เพิ่มเติมใหม่)	121

คู่มือการปฏิบัติงาน
การจัดเก็บและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข Version 2.1 (มกราคม 2559)

.....

1. ความเป็นมา

ปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดเก็บ และส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากหน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ ในรูปแบบโครงสร้าง 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเดิมตั้งแต่ปี 2550 - 2554 ได้ใช้รูปแบบโครงสร้างมาตรฐานแฟ้มข้อมูล 18 แฟ้ม และในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูล และการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ จากผลการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ดังกล่าว มีข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการรับส่งข้อมูลสุขภาพรายบุคคลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center : HDC_P) รพ.สต.บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในแฟ้มที่จำเป็นซึ่งมี 31 แฟ้ม ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2. แนวทางการดำเนินงานระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่งข้อมูลรายบุคคลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center : HDC_P)

3. แนวทางการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง สสจ. และสสอ.หรือ CUP เน้นเรื่องของการกำกับติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ แต่ในส่วนของ สสจ. ต้องรวบรวมข้อมูลส่งส่วนกลาง และจัดทำระบบกำกับติดตาม และจัดทำระบบคืนข้อมูลให้สถานบริการ

4. แนวทางการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขตบริการสุขภาพ กำหนดแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในเขตบริการสุขภาพ/จังหวัด และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในเขตบริการสุขภาพและจังหวัด

จากแนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center : HDC_P) และเขตบริการสุขภาพ มุ่งเน้นในเรื่อง การกำกับ ติดตามประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพข้อมูล แม้แต่มาตรการ การบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ยังมุ่งเน้นให้หน่วยบริการทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออกข้อมูล และหน่วยบริหารจัดการแต่ละระดับทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในระบบรายงานของ HDC และสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้าน

สุขภาพ ซึ่งการดำเนินการจัดเก็บ และส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากหน่วยบริการด้านสุขภาพทุกระดับ ในรูปแบบโครงสร้าง 43 แฟ้ม ได้ดำเนินการเต็มรูปแบบในปีงบประมาณ 2558 โดยส่งผ่านคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center : HDC_P) และส่งต่อมายัง Health Data Center ระดับกระทรวง เพื่อจัดทำมาตรฐานรายงาน (Standard Reports) ที่กำหนดตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล (ส่วนกลาง)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยไม่ปรับโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพดังกล่าว ดังนั้น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จึงมีการปรับปรุงรายละเอียดให้ชัดเจนง่ายต่อความเข้าใจและตรงกับการปฏิบัติงาน เช่น คำอธิบาย รหัสมาตรฐานต่างๆ เป็นต้น โดยไม่ปรับหรือกระทบกับโครงสร้างแฟ้มข้อมูล เพื่อให้กรมต่างๆ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดเก็บรายงานได้ตรงความต้องการ และมีข้อมูลสำหรับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญตามนโยบายยุทธศาสตร์ทั้งในระดับกระทรวง และในระดับภาพรวมของประเทศต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นคู่มือการดำเนินงานในการจัดเก็บ/บันทึก/จัดส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2559
2. เพื่อใช้เป็นคู่มือในการตรวจสอบความครบถ้วน ทันเวลา และความถูกต้องของข้อมูลรหัสมาตรฐานตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ

3. การจัดส่งข้อมูล

ผู้ป่วยนอก

1. ระดับรพศ. รพท. รพช. ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล โดยส่งไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด
2. ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งข้อมูลรายบุคคล โดยส่งไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

ผู้ป่วยใน

1. ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่งข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล โดยส่งไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

4. การตรวจสอบข้อมูล

ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และหรือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ เป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

ส่วนกลาง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตาม ความครบถ้วน ทันเวลา และคุณภาพข้อมูล ตามตัวชี้วัดและการประมวลผลตามมาตรฐานรายงาน (Standard report) ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกรมวิชาการต่างๆ

ระยะเวลาการตรวจสอบข้อมูล และรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำรายงานประเมินผลสรุปความครบถ้วน และทันเวลาของสถานบริการที่ส่งข้อมูล ผ่านเว็บไซต์สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (www.bps.moph.go.th) และแจ้งทางอีเมล/ทางโทรศัพท์ผู้รับผิดชอบของจังหวัดนั้นๆ ภายในวันที่ 20 ของเดือนที่ส่งข้อมูล ซึ่งผู้รับผิดชอบสามารถติดตาม ตรวจสอบข้อมูลของตนเองผ่านระบบ HDC ของจังหวัดได้เลย

2. ประชุมติดตามรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ ผ่าน Video conference ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน

5. คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

ความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

รายการ	ความหมาย
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION (3)	คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่างๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y / ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์ (โดยระบุ Y)
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะ Y) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

6. ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้ม

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการ สามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ และแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 14 แฟ้ม

2. แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 28 แฟ้ม

3. แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 8 แฟ้ม รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

แฟ้มสะสม	แฟ้มบริการ	แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
1. PERSON	1. FUNCTIONAL	1. REHABILITATION
2. ADDRESS	2. ICF	2. NCDScreen
3. DEATH*	3. SERVICE	3. ANC
4. CHRONIC	4. DIAGNOSIS_OPD	4. POSTNATAL
5. CARD*	5. DRUG_OPD	5. NEWBORN_CARE
6. HOME	6. PROCEDURE_OPD	6. EPI
7. VILLAGE	7. CHARGE_OPD	7. NUTRITION
8. DISABILITY	8. SURVEILLANCE	8. SPECIALPP
9. PROVIDER	9. ACCIDENT	
10. WOMEN	10. LABFU	
11. DRUGALLERGY	11. CHRONICFU	
12. PRENATAL	12. ADMISSION	
13. LABOR	13. DIAGNOSIS_IPD	
14. NEWBORN	14. DRUG_IPD	
	15. PROCEDURE_IPD	
	16. CHARGE_IPD	
	17. APPOINTMENT*	
	18. DENTAL	
	19. FP	
	20. COMMUNITY_ACTIVITY	

แฟ้มสะสม	แฟ้มบริการ	แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ
	21. COMMUNITY_SERVICE 22. CARE_REFER 23. CLINICAL_REFER 24. DRUG_REFER 25. INVESTIGATION_REFER 26. PROCEDURE_REFER 27. REFER_HISTORY 28 REFER_RESULT	

(หมายเหตุ : * แฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล)

7. การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม ปี2559

1. แฟ้ม (1) PERSON

- 1.1. แก้ไขเวลา/รอบที่ทำการบันทึกข้อมูลในส่วนของ 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
- 1.2. สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย เพิ่มเติม หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9
- 1.3. สถานะบุคคล เพิ่มเติมหมายเหตุ กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้

2. แฟ้ม (2) ADDRESS

รายการหมู่ที่ เพิ่มเติม หมายเหตุ : กรณีอยู่ในเขตเทศบาลใช้ 00 กรณีไม่ทราบใช้ 99

3. แฟ้ม (4) CHRONIC

ประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด เพิ่มเติมคำอธิบาย 01 = หาย 02 = ตาย 03 = ยังรักษาอยู่ 04 = ไม่ทราบ (ไม่มีข้อมูล) 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา) 07 = ครบการรักษา 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา 09 = ปฏิเสธการรักษา 10 = ออกจากพื้นที่ 11 = กลับเป็นซ้ำ

4. แฟ้ม (6) HOME

- 4.1. การมีส้วมและประเภทของส้วม เพิ่มเติมคำอธิบาย 0=ไม่มี 1=มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยบ่อเกรอะ 2=มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยบ่อเกรอะ 3=มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป 4=มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป 5=มีมากกว่า 1 ประเภท 9=ไม่ทราบ

- 4.2. น้ำดื่มพอเพียง แก่เป็น น้ำดื่มพอเพียงตลอดปี
- 4.3. ประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ เพิ่มเติม 1 = น้ำฝน 2 = น้ำประปา 3 = น้ำบาดาล
4 = บ่อน้ำตื้น 5 = สระน้ำ แม่น้ำ 6 = น้ำบรรจุเสร็จ 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ 9 = ไม่ทราบ
- 4.4. วิธีการกำจัดขยะ แก่เป็น วิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป เพิ่มเติม 1=กำจัดเองโดยการฝัง
2=กำจัดเองโดยการเผา 3=กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย 4=กองทิ้ง 5=ท้องถิ่นให้บริการ 9=ไม่ทราบ
- 4.5. การจัดบ้านถูกหลัก แก่เป็น การจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ
- 4.6. ความคงทน แก่เป็น ความคงทนถาวร เพิ่มเติม 0 = ไม่คงทน 1 = คงทน 1-4 ปี 2 = คงทน 5 ปี
ขึ้นไป 9 = ไม่ทราบ
- 4.7. กำจัดน้ำเสียในครัวเรือน แก่เป็น การบำบัด/กำจัดน้ำเสีย เปลี่ยนแปลงรหัส 0 = ไม่บำบัด/กำจัด
1 = ลงบ่อซึม 2 = ลงบ่อเกรอะ 3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม 9 = ไม่ทราบ
- 4.8. การจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน เปลี่ยนแปลงรหัสเป็น 0 = ไม่มีการจัดเก็บ 1 = เก็บในตู้
มิดชิด 2 = เก็บใส่ในภาชนะอื่นๆ 9 = ไม่ทราบ
5. แฟ้ม (7) VILLAGE
- 5.1. จำนวนตลาดสด หมายถึง จำนวนตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็น
ตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก
- 5.2. บ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน แก่เป็น ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน เปลี่ยนแปลงรหัสเป็น 0 = ไม่มี
1= มี 9 = ไม่ทราบ
- 5.3. สถานที่จัดการขยะในชุมชน แก่เป็น สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน เปลี่ยนแปลงรหัสเป็น
0 = ไม่ทราบ 1 = ไม่มี 2 = มีสถานที่ฝังกลบ 3 = มีสถานที่เผา 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก
และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์ 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น
6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย 9=กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น
6. แฟ้ม (8) DISABILITY
- เวลา/รอบที่ทำการบันทึก เพิ่มเติมใน 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการ
ปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง และ 3. เมื่อระบุประเภท
ความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง
7. แฟ้ม (9) PROVIDER
- เวลา/รอบที่ทำการบันทึก เพิ่มเติมใน 2. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้อง
ส่งออกมาทุกครั้ง
8. แฟ้ม (13) ICF
- เวลา/รอบที่ทำการบันทึก เพิ่มเติมใน 1. บันทึกพร้อมกันกับการประเมินประเภทความพิการในแฟ้ม
DISABILITY

9. แฟ้ม (14) SERVICE
ลำดับที่เพิ่มเติม หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน
10. แฟ้ม (15) DIAGNOSIS_OPD
แก้ไข รหัสการวินิจฉัย แก้เป็น รหัสโรคที่วินิจฉัย
11. แฟ้ม (20) ACCIDENT
 - 11.1. การดูแลการหายใจ เพิ่มคำอธิบาย 1= มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงเหมาะสม 2= ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง 3= ไม่จำเป็น 4 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงไม่เหมาะสม
 - 11.2. การห้ามเลือด เพิ่มคำอธิบาย 1= มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงเหมาะสม 2= ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง 3= ไม่จำเป็น 4 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงไม่เหมาะสม
 - 11.3. การใส่ splint/ slab เพิ่มคำอธิบาย 1= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงเหมาะสม 2= ไม่มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง 3= ไม่จำเป็น 4= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม
 - 11.4. การให้น้ำเกลือ เพิ่มคำอธิบาย 1= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม 2= ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง 3= ไม่จำเป็น 4= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม
12. แฟ้ม (24) DIAGNOSIS_IPD
แก้ไข รหัสการวินิจฉัย แก้เป็น รหัสโรคที่วินิจฉัย
13. แฟ้ม (25) DRUG_IPD
จำนวน แก้ไขคำอธิบาย จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก
14. แฟ้ม (27) CHARGE_IPD
จำนวนหน่วยที่เบิก แก้ไขคำอธิบาย จำนวนหน่วยที่เบิก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 11 หลัก
15. แฟ้ม (28) APPOINTMENT
รหัสโรคที่นัดมาตรวจ แก้ไขคำอธิบาย รหัสโรค ICD-10-TM (รหัส z ซึ่งเป็นรหัสการรับบริการ สุขภาพ)
16. แฟ้ม (31) NCDSCREEN
 - 16.1. ส่วนสูง แก้ไขคำอธิบาย ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
 - 16.2. เส้นรอบเอว (ซ.ม.) แก้ไขคำอธิบาย เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
 - 16.3. ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1 แก้ไขคำอธิบาย ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
 - 16.4. ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1 แก้ไขคำอธิบาย ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก

- 16.5. ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2 แก้วไขคำอธิบาย ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
- 16.6. ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2 แก้วไขคำอธิบาย ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
- 16.7. ระดับน้ำตาลในเลือด แก้วไขคำอธิบาย ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น
- 16.8. วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด แก้วไขคำอธิบาย รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 9 = ไม่ตรวจน้ำตาลในเลือดเนื่องจากคัดกรองแบบสอบถามปากเปล่าปกติ หมายเหตุ กรณี ลำดับที่ 18 บันทึกเป็น 9 ลำดับที่ 17 ไม่ต้องลงบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด

17. แฟ้ม (33) PRENATAL

ผลการตรวจ HCT แก้วไขคำอธิบาย ระดับฮีมาโตคริต (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก

18. แฟ้ม (35) LABOR

นิยามข้อมูล แก้วไขคำอธิบาย ข้อมูลประวัติการคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ

19. แฟ้ม (40) NUTRITION

19.1. ส่วนสูง (ซม.) แก้วไขคำอธิบาย ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก

19.2. เส้นรอบศีรษะ (ซม.) แก้วไขคำอธิบาย เส้นรอบศีรษะ(ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก

20. แฟ้ม SPECIALPP (41)

เพิ่มเติมฐานข้อมูลรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ

8. รหัสมาตรฐานและระยะเวลาการบันทึก/ปรับปรุง (update) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ

8.1. แพ้มสะสม

แพ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
1-PERSON	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสค่านำหน้าชื่อ รหัสเพศ รหัสสถานภาพสมรส รหัสอาชีพ(เก่า) รหัสอาชีพ(ใหม่) รหัสเชื้อชาติ สัญชาติ รหัสศาสนา รหัสระดับการศึกษา รหัสสถานะในครอบครัว สถานะในชุมชน รหัสสถานะสาเหตุการจำหน่าย รหัสหมู่เลือด รหัสหมู่เลือดRH รหัสความเป็นคนต่างด้าว รหัสสถานะบุคคล 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง/เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง (update) ส่งทุกเดือน
2-ADDRESS	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ ประเภทของที่อยู่ ตำบล(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) อำเภอ(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) จังหวัด(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) ลักษณะของที่อยู่ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
3-DEATH	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ โรคที่เป็นสาเหตุการตาย A โรคที่เป็นสาเหตุการตาย B โรคที่เป็นสาเหตุการตาย C โรคที่เป็นสาเหตุการตาย D สถานบริการที่เสียชีวิต โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • สาเหตุการตาย • การตั้งครุฑและการคลอด • รหัสสถานที่ตาย(ใน/นอกสถานพยาบาล) 	
4-CHRONIC	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง • สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก • สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ • รหัสประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
5-CARD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทสิทธิการรักษา(เก่า) • ประเภทสิทธิการรักษา(ใหม่) • สถานบริการหลัก • สถานบริการรอง 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
6-HOME	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทที่อยู่ • รหัสที่ตั้ง • รหัสการมีส้วม • รหัสน้ำดื่มพอเพียงตลอดปี • รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ • รหัสวิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป • รหัสการจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ • รหัสความคงทนถาวร • รหัสความสะอาด • รหัสการระบายอากาศ • รหัสแสงสว่าง • รหัสการบำบัด/การกำจัดน้ำเสีย • รหัสสารปรุงแต่งในครัว • รหัสสารควบคุมแมลงนำโรค • รหัสการควบคุมสัตว์นำโรค • รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตราย 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
7-VILLAGE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน • สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
8-DISABILITY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • ประเภทความพิการ • สาเหตุความพิการ • รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
9-PROVIDER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • เพศ • รหัสประเภทบุคลากร • รหัสสาขาวิชาชีพ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
10-WOMEN	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิด • รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
11-DRUGALLERGY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา(24หลัก) • ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา • ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา • ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ • ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา • รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา 	เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
33-PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสผลการตรวจVDRL_RS • รหัสผลการตรวจHB_RS • รหัสผลการตรวจHIV_RS • รหัสผลการตรวจTHALASSAEMIA 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
35-LABOR	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ • สถานที่คลอด • รหัสสถานพยาบาลที่คลอด • วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์ • รหัสประเภทผู้ทำคลอด 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
37-NEWBORN	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสสถานที่คลอด รหัสสถานพยาบาลที่คลอด ลำดับที่ของทารกที่คลอด รหัสวิธีการคลอด รหัสประเภทของผู้ทำคลอด รหัสภาวะการณืขาดออกซิเจน รหัสได้รับวิตามิน K หรือไม่ ได้รับการตรวจTSH หรือไม่ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ

8.2. แฟ้มบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
12-FUNCTIONAL	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) วิธีประเมินความบกพร่อง ภาวะพึงพิงผู้สูงอายุ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
13-ICF	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) รหัสสภาวะสุขภาพ ระดับของสภาวะสุขภาพ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับการประเมินประเภทความพิการ ในแฟ้ม DISABILITY
14-SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ รหัสเวลามาใช้บริการ รหัสประเภทสิทธิการรักษา สถานบริการหลัก ประเภทการมารับบริการ สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ สถานที่รับบริการ(ใน/นอกสถานพยาบาล) สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
15-DIAGNOSIS_OPD	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ ประเภทการวินิจฉัย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสโรคที่วินิจฉัย • รหัสแผนกที่รับบริการ 	
16-DRUG_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสยา24หลัก • หน่วยนับของยา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
17-PROCEDURE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสหัตถการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
18-CHARGE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • หมวดของค่าบริการ • รหัสรายการค่าบริการ • สิทธิการรักษาที่เบิก • แผนกที่รับบริการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
19-SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง • รหัสการวินิจฉัยแรกรับ • รหัส 506 แรกรับ • รหัสการวินิจฉัยล่าสุด • รหัส 506 ล่าสุด • รหัสตำบล (ขณะป่วย) • รหัสอำเภอ (ขณะป่วย) • รหัสจังหวัด (ขณะป่วย) • รหัสสภาพผู้ป่วย • รหัสสาเหตุการป่วย • รหัสชนิดของเชื้อโรค 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
20-ACCIDENT	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (19สาเหตุ) • สถานที่เกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน • ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน • ประเภทผู้บาดเจ็บ(อุบัติเหตุจราจร) • ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ (อุบัติเหตุจราจร) • การดื่มแอลกอฮอล์ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • การใช้ยาเสพติด • การคาดเข็มขัดนิรภัย • การสวมหมวกนิรภัย • การดูแลการหายใจ • การห้ามเลือด • การใส่ splint/ slab • การให้น้ำเกลือ • ระดับความเร่งด่วน • ระดับความรู้สึทางด้านตา • ระดับความรู้สึทางด้านกรพุด • ระดับความรู้สึทางด้านกรเคลื่อนไหว 	
21-LABFU	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เดิม) • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ICD-10-TM) 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
22-CHRONICFU	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ตรวจเท้า • ตรวจจอประสาทตา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
23-ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • ประเภทสิทธิการรักษา • ประเภทการมารับบริการ • สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา • สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ • แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย • สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป • สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย • สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย • รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
24-DIAGNOSIS_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • ประเภทการวินิจฉัย • รหัสโรคที่วินิจฉัย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
25-DRUG_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • ประเภทการจ่ายยา • รหัสยา24หลัก • หน่วยนับของยา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน
26-PROCEDURE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสหัตถการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
27-CHARGE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • หมวดของค่าบริการ(รหัสหมวดค่ารักษา) • รหัสรายการค่าบริการ • สิทธิการรักษาที่เบิก 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
28-APPOINTMENT	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทกิจกรรมที่นัด • รหัสโรคที่นัดมาตรวจ • รหัสแผนกที่รับบริการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการนัดมารับบริการ
29-DENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • บริการใน-นอกสถานบริการ • จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์ • จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย • ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ • จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม • สภาวะปริทันต์ • สังกัดโรงเรียนประถมศึกษา • ระดับการศึกษา 	บันทึกข้อมูลเฉพาะรายที่ตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษา
32-FP	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน • สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล) 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
42-COMMUNITY_ACTIVITY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • รหัสกิจกรรมในชุมชน 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
43- COMMUNITY_SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • รหัสให้บริการในชุมชน(ระดับบุคคล) 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำให้บริการในชุมชน
44-CARE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
45-CLINICAL_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
46-DRUG_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
47- INVESTIGATION_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย • ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยที่มีค่าเป็นตัวเลข 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
48-PROCEDURE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสหัตถการและการรักษา 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
49-REFER_HISTORY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา • แผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย • สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป • ประเภทผู้ป่วย • ระดับความเร่งด่วน • กลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ • สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
50-REFER_RESULT	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ • สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ

8.3. เพิ่มบริการกึ่งสำรวจ

เพิ่มบริการกึ่งสำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
30-REHABILITATION	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล) • รหัสบริการฟื้นฟูสภาพ • รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ • สถานที่รับบริการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาให้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
31-NCDScreen	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสบริการใน-นอกสถานบริการ • ประวัติสูบบุหรี่ • ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง • ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง • วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด • สถานที่รับบริการคัดกรอง (สถานพยาบาล) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาให้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
34-ANC	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสช่วงอายุครรภ์ • รหัสผลการตรวจครรภ์ • สถานที่รับบริการฝากครรภ์ (สถานพยาบาล) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาให้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
36-POSTNATAL	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่ • รหัสผลการตรวจมารดาหลังคลอด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาให้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
38-NEWBORN_CARE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก • อาหารที่รับประทาน • รหัสผลการตรวจทารกหลังคลอด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น
39-EPI	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสชนิดวัคซีน • สถานที่รับวัคซีน(สถานพยาบาล) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้รับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น
40-NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล) • ระดับพัฒนาการเด็ก • รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน • รหัสการใช้ชวตนม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำ การสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น
41-SPECIALPP	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • บริการใน_นอกสถานบริการ • รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ • สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการบริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ 2. กรณีคัดกรองกลุ่มเฉพาะให้รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ ไม่ต้องลงรหัสในแฟ้ม DIAGNOSIS 3. กรณีของการสำรวจ ให้ทำการสำรวจ และปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง

๑. โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

version 2.1 (มกราคม 2559)

ชื่อแฟ้ม (1)

PERSON

นิยามข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบ และผู้ที่มาใช้บริการ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2. ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ
3. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก	✓	CID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	✓	HID		C	14	
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	✓	PRENAME		C	3	Y
6	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
7	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
8	เลขที่ผู้ปวยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID		HN		C	15	
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้	✓	BIRTH		C	8	Y
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = ม่าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9 =ไม่ทราบ	✓	MSTATUS		C	1	
12	อาชีพ(รหัสเก่า)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		OCCUPATION_OLD		C	3	
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	OCCUPATION_NEW		C	4	
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง		RACE		C	3	
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓	NATION		C	3	Y
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	RELIGION		C	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	EDUCATION		C	2	
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย		FSTATUS		C	1	
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	FATHER		C	13	
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	MOTHER		C	13	
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส		COUPLE		C	13	
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	✓	VSTATUS		C	1	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตราฐานได้		MOVEIN		C	8	
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สบายสุขภาพ ,9 =ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	✓	DISCHARGE		C	1	
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตราฐานได้ บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สบายสุขภาพ		DDISCHARGE		C	8	
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O	✓	ABOGROUP		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	✓	RHGROUP		C	1	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR		C	2	
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport		PASSPORT		C	8	
30	สถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น หมายเหตุ กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้	✓	TYPEAREA		C	1	Y
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 12 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (2)

ADDRESS

นิยามข้อมูล

ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
2. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ

- ประชาชนผู้ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่อยู่ จะอยู่ในแฟ้ม HOME
- ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้ม ADDRESS จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเฉพาะกรณีที่ทะเบียนบ้านไม่ตรงกับที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบเท่านั้น
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ประเภทของที่อยู่	1= ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2= ที่อยู่ที่ติดต่อได้	✓	ADDRESSTYPE	Y	C	1	Y
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
5	ลักษณะของที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
6	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
8	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSENO		C	75	
9	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก		SOISUB		C	255	
10	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก		SOIMAIN		C	255	
11	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	
12	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
13	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น หมายเหตุ : กรณีอยู่ในเขตเทศบาลใช้ 00 กรณีไม่ทราบใช้ 99	✓	VILLAGE		C	2	Y
14	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	Y
15	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	Y
16	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	Y
17	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์		TELEPHONE		C	15	
18	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ		MOBILE		C	15	
19	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (3)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****DEATH**

ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

1. ตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
3. กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม

- กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล
- สถานบริการระดับปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิต เฉพาะกรณีเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล และกรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)		PID	Y	C	15	Y
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "00000"		HOSPDEATH		C	5	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล		AN		C	9	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต		SEQ		C	16	
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. , MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DDEATH		D	8	Y
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_A		C	6	Y
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_B		C	6	
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_C		C	6	
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_D		C	6	
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		ODISEASE		C	6	
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็นกรให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสกรให้บริการด้านสุขภาพ		CDEATH		C	6	Y
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2 = เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์, 4 = ผู้ชาย ,9 = ไม่ทราบ (ตัด 3 4 9 ออก) หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์		PREGDEATH		C	1	
14	สถานที่ตาย	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล		PDEATH		C	1	Y
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (4)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****CHRONIC**

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

- บันทึกผลการสำรวจภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

- ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record
เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DIAG		D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	CHRONIC	Y	C	6	Y
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	✓	HOSP_DX		C	5	
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ		HOSP_RX		C	5	
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DISCH		D	8	
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะ ของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีควมจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่ 11 = กลับเป็นซ้ำ	✓	TYPEDISCH		C	2	Y
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (5)**CARD**

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**หน่วยงานที่บันทึก** รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :**ขอบเขตข้อมูล**

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2. ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรองปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ

- บันทึกข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพทุกสิทธิที่มี
- หากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	ประเภทสิทธิการรักษา (รหัสเดิม)	รหัสสิทธิมาตรฐาน เดิม		INSTYPE_OLD		C	2	
4	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		INSTYPE_NEW	Y	C	4	Y
5	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันที่ออกบัตร	วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		STARTDATE		D	8	
7	วันที่หมดอายุ	วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		EXPIREDATE		D	8	
8	สถานบริการหลัก	รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตราฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		MAIN		C	5	
9	สถานบริการรอง	รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลใน เครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตราฐานจาก สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		SUB		C	5	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	(YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (6)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****HOME**

ข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือนในเซตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. หลังคาเรือนทุกหลังในเซตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม

- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเซตรับผิดชอบที่ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเซตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเซตรับผิดชอบ

- เซตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓	HID	Y	C	14	Y
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
4	ประเภทที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
5	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	
6	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
7	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSE		C	75	
8	ชอยแยก	ชื่อชอยแยก		SOISUB		C	255	
9	ชอยหลัก	ชื่อชอยหลัก		SOIMAIN		C	255	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
10	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
12	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)		VILLAGE		C	2	
13	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	
14	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	
15	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์ เสนอปรับความกว้างเป็น 21	✓	TELEPHONE		C	15	
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N	10	
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N	10	
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓	NFAMILY		C	2	
20	ที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	✓	LOCATYPE		C	1	
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		VHVID		C	15	
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		HEADID		C	15	
23	การมีส้วม	0=ไม่มี,1=มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 2=มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 3=มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 4=มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 5=มีมากกว่า 1 ประเภท, 9=ไม่ทราบ		TOILET		C	1	
24	น้ำดื่มพอเพียงตลอดปี	0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		WATER		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ , 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ , 9 = ไม่ทราบ		WATERTYPE		C	1	
26	วิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป	1=กำจัดเองโดยการฝัง, 2=กำจัดเองโดยการเผา, 3=กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย, 4=กองทิ้ง, 5=ทิ้งดินให้บริการ, 9=ไม่ทราบ		GARBAGE		C	1	
27	การจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก , 9 = ไม่ทราบ		HOUSING		C	1	
28	ความคงทนถาวร	0 = ไม่คงทน , 1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปี ขึ้นไป , 9 = ไม่ทราบ		DURABILITY		C	1	
29	ความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด ,9 = ไม่ทราบ		CLEANLINESS		C	1	
30	การระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย , 9 = ไม่ทราบ		VENTILATION		C	1	
31	แสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ ,9 = ไม่ทราบ		LIGHT		C	1	
32	การบำบัด/กำจัดน้ำเสีย	0 = ไม่บำบัด/กำจัด, 1 = ลงบ่อซึม, 2 = ลงบ่อเกรอะ, 3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม, 9 = ไม่ทราบ		WATERTM		C	1	
33	สารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้ , 9 = ไม่ทราบ		MFOOD		C	1	
34	การควบคุมแมลงนำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		BCONTROL		C	1	
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		ACONTROL		C	1	
36	การเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	0 = ไม่มีการจัดเก็บ, 1 = เก็บในตู้มิดชิด, 2 = เก็บใส่ในภาชนะอื่นๆ , 9 = ไม่ทราบ		CHEMICAL		C	1	
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่างมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		DT	14	
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 23-37 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (7)

VILLAGE

นิยามข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ	รหัสชุมชน ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓	VID	Y	C	8	Y
3	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NTRADITIONAL		N		
4	จำนวนพระในชุมชน	จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NMONK		N		
5	จำนวนผู้นำศาสนาในชุมชน	จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NRELIGIONLEADER		N		
6	จำนวนหอกระจายข่าว	จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NBROADCAST		N		
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NRADIO		N		
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NPCHC		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
9	จำนวนคลินิก	จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NCLINIC		N		
10	จำนวนร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NDRUGSTORE		N		
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHILDCENTER		N		
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NPSCHOOL		N		
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NSSCHOOL		N		
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NTEMPLE		N		
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NRELIGIOUSPLACE		N		
16	จำนวนตลาดสด	จำนวนตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NMARKET		N		
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSHOP		N		
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NFOODSHOP		N		
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSTALL		N		
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NRAINTANK		N		
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHICKENFARM		N		
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NPIGFARM		N		
23	ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน	0 = ไม่มี 1 = มี, 9 = ไม่ทราบ	✓	WASTEWATER		C	1	
24	สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน	0 = ไม่ทราบ, 1 = ไม่มี, 2 = มีสถานที่ฝังกลบ, 3 = มีสถานที่เผา, 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์, 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น, 6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย, 9 = กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	✓	GARBAGE		C	1	
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NFACTORY		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N		
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N		
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		D	8	
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับศูนย์		NUMACTUALLY		N		
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓	RISKTYPE		C	3	
31	จำนวนชุมชนต่างดาว	จำนวนชุมชนต่างดาวในหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NUMSTATELESS		N		
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NEXERCISECLUB		N		
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NOLDERLYCLUB		N		
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NDISABLECLUB		N		
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NNUMBERONECLUB		N		
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9-10, 12-15, 17-20, 28-29 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (8)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

ทะเบียนบุคคล

DISABILITY

ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง

3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

- ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน

- ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น

- ตาม พรบ. มาตรา 4 ผู้พิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ในกฎกระทรวง หรือบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่อง

ทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมี

อุปสรรคในด้านต่าง ๆ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	✓	DISABTYPE	Y	C	1	Y
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	✓	DISABCAUSE		C	1	
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 - TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	✓	DIAGCODE		C	6	
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DETECT		D	8	Y
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DISAB		D	8	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (9)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****PROVIDER**

ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. แพทย์และทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย
2. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ ที่ให้บริการ
4. บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ
5. อาสาสมัครสาธารณสุข

1. สํารวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้องส่งออกมาทุกครั้ง

- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ ให้ทำการปรับปรุงข้อมูลใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น

- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER	Y	C	15	Y
3	หมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	หมายเลขทะเบียนที่ออกให้โดยสภาวิชาชีพ	✓	REGISTERNO		C	15	
4	รหัสสภาวิชาชีพ	รหัสสภาวิชาชีพผู้ออกหมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	✓	COUNCIL		C	2	
5	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล	✓	CID		C	13	Y
6	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ มาตรฐานตามกรมการปกครอง		PRENAME		C	3	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
8	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวันเดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BIRTH		D	8	Y
11	รหัสประเภทบุคลากร	รหัสประเภทบุคลากร 01=แพทย์ 02=ทันตแพทย์ 03=พยาบาลวิชาชีพ (ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา) 04=เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 05=นักวิชาการสาธารณสุข 06=เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 07=อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน) 08=บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 09=อื่นๆ	✓	PROVIDERTYPE		C	2	Y
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	✓	STARTDATE		D	8	Y
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานสถานพยาบาลนี้	✓	OUTDATE		D	8	
14	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVEFROM		C	5	
15	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVETO		C	5	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (10)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

WOMEN

ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

- หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน	1 = ยาเม็ด, 2 = ยาฉีด, 3 = ห่วงอนามัย, 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย, 6= หมันชาย, 7= หมันหญิง, 8= นับระยะปลอดภัย, 9= ไม่คุมกำเนิด		FPTYPE		C	1	Y
4	สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	1 = ต้องการบุตร , 2 = หมันธรรมชาติ ,3 = อื่นๆ		NOFPCAUSE		C	1	
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมทั้งเสียชีวิตแล้ว ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		TOTALSON		N		
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		NUMBERSON		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	จำนวนการแท้งบุตร	จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่มีการแท้ง		ABORTION		N		
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือ ตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด		STILLBIRTH		N		
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อเพิ่ม (11)

นิยามข้อมูล

ลักษณะเพิ่ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

DRUGALLERGY

ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ

 เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ เพิ่มบริการทั้งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการ

1. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง

- การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY = ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึกย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการ	✓	DATERECORD		D	8	Y
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล ในกรณีที่ยังไม่มีรหัสมาตรฐาน 24 หลัก	✓	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y
5	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	✓	TYPEDX		C	1	
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ 1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious) 2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death) 3.ร้ายแรง - อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) 4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial) 5.ร้ายแรง - ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged) 6.ร้ายแรง - พิการ (Disability) 7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly) 8.ร้ายแรง-อื่นๆ (คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	✓	ALEVEL		C	1	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)		SYMPTOM		C	2	
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง, 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น, 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล, 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	✓	INFORMANT		C	1	Y
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		INFORMHOSP		C	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 8,10 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (12)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

FUNCTIONAL

ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- กลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ 20 กลุ่มโรค sub-acute, non-acute

- การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 วิธีการประเมิน จะมี 1 record

- หากมีการใช้วิธีการประเมินความบกพร่องหลายวิธีในการประเมินครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	✓	FUNCTIONAL_TEST	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)		TESTRESULT		C	3	Y
7	ภาวะฟังฟังของผู้สูงอายุ	1= ไม่ฟังฟัง, 2= ฟังฟังน้อย, 3= ฟังฟังมาก	✓	DEPENDENT		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (13)

ICF

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกพร้อมกันกับการประเมินประเภทความพิการในแฟ้ม DISABILITY

หมายเหตุ

- บันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ

- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERRV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	✓	ICF	Y	C	6	Y
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9		QUALIFIER		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 7 ไม่ต้องบันทึก เนื่องจากสามารถอ้างอิงได้จากลำดับที่ 6

ชื่อแฟ้ม (14)

SERVICE

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการ และการให้บริการนอกสถานพยาบาล

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการทุกครั้ง
2. ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟันฟูสุขภาพทุกครั้ง
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีการให้บริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน
- 1 visit หมายถึง การมารับบริการครั้งใด ๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มาใช้บริการในครั้งนั้นๆ ใช้ SEQ เดียวกัน)
- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	✓	HN		C	15	
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)		TIME_SERV		C	6	
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ		LOCATION		C	1	
8	เวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ		INTIME		C	1	
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE		C	4	Y
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	MAIN		C	5	
12	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับรักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่กลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ	✓	CHIEFCOMP		C	255	
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ, 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 37.0	✓	BTEMP		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แกรรับ (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	SBP		N		
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	DBP		N		
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	PR		N		
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	RR		N		
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึง สถานพยาบาล, 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 7= ปฏิเสธการรักษา, 8 = หนีกลับบ้าน	✓	TYPEOUT		C	1	Y
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	ACTUALPAY		N		Y
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		Dt	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 7 สามารถอ้างอิงจากเพิ่ม person ได้

ลำดับที่ 10, 25 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (15)

DIAGNOSIS_OPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY (การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION (การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE (สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก) หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยนอก (OPD case) ให้ใช้รหัส 1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก), 4 = OTHER (อื่น ๆ), 5 = EXTERNAL CAUSE (สาเหตุภายนอก) และ 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก) เท่านั้น	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
6	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
7	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (16)

DRUG_OPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัทยา 24 หลัก หรือรหัทยาของ สถานพยาบาล	รหัทยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือ รหัทยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัทยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก	✓	AMOUNT		N		
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		UNIT		C	3	
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่าย ยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกัน ของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		UNIT_PACKING		C	20	
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายทั้งหมด	✓	DRUGPRICE		N		
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)		DRUGCOST		N		
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10, 12 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (17)

PROCEDURE_OPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**หน่วยงานที่บันทึก** รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :**ขอบเขตข้อมูล**

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N		
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (18)

CHARGE_OPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ
- หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย
- หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการให้บริการแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม SERVICE
- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่า เป็น '000000'		CHARGELIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	✓	QUANTITY		N	11	
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และ ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (19)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

SURVEILLANCE

ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มาใช้บริการ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record

- หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด

ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

- ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	AN		C	9	
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		SYNDROME		C	4	
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
9	รหัส 506 แรกรับ	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรกรับ หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506		C	2	Y
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) จากวินิจฉัยล่าสุด	✓	DIAGCODELAST		C	6	
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จากวินิจฉัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506LAST		C	2	
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีเริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	ILLDATE		D	8	Y
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ขณะป่วย		ILLHOUSE		C	75	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) หมายเหตุ : ขณะป่วย		ILLVILLAGE		C	2	Y
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLTAMBON		C	2	Y
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLAMPUR		C	2	Y
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLCHANGWAT		C	2	Y
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LATITUDE		N	10	
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LONGITUDE		N	10	
20	สภาพผู้ป่วย	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	✓	PTSTATUS		C	1	Y
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DEATH		D	8	
22	สาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ		COMPLICATION		C	3	
23	ชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ		ORGANISM		C	4	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อเพิ่ม (20)

นิยามข้อมูล

ลักษณะเพิ่ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

ACCIDENT

ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต.

version 2.1 (มกราคม 2559)

เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ เพิ่มบริการกึ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับเพิ่ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ

- ข้อมูลวินิจฉัยโรคอยู่ในเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD หัตถการ และผ่าตัด อยู่ในเพิ่ม PROCEDURE_OPD

- หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับเพิ่ม ADMISSION, DIAGNOSIS_IPD, PROCEDURE_IPD ด้วย AN ในเพิ่ม SERVICE

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในเพิ่มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่และเวลามาใช้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_SERV		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ:กรณีที่บ้านทักข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_AE		DT	14	
6	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักกระบาดวิทยา	✓	AETYPE		C	2	
7	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	01 = ที่บ้าน หรืออาคารที่พัก, 02 = ในสถานที่ทำงาน ยกเว้นโรงงานหรือก่อสร้าง, 03= ใน โรงงานอุตสาหกรรม หรือบริเวณก่อสร้าง, 04 = ภายในอาคารอื่นๆ, 05= ในสถานที่ สาธารณะ, 06 = ในชุมชน และไร่/นา, 07 = บนถนนสายหลัก, 08 = บนถนนสายรอง, 09 = ในแม่น้ำ ลำคลอง หนองน้ำ, 10= ในทะเล, 11 = ในป่า/ภูเขา, 98 = อื่นๆ, 99= ไม่ทราบ	✓	AEPLACE		C	2	Y
8	ประเภทการมารับบริการกรณี อุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9=ไม่ทราบ	✓	TYPEIN_AE		C	1	Y
9	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1= ผู้ขับขี่, 2= ผู้โดยสาร, 3= คนเดินเท้า, 8= อื่นๆ, 9= ไม่ทราบ	✓	TRAFFIC		C	1	
10	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01= จักรยานและสามล้อถีบ, 02= จักรยานยนต์, 03= สามล้อเครื่อง, 04= รถยนต์นั่ง/ แท็กซี่, 05= รถปิกอัพ, 06= รถตู้, 07= รถโดยสารสองแถว, 08= รถโดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09= รถบรรทุก/รถพ่วง, 10= เรือโดยสาร 11= เรืออื่นๆ, 12= อากาศยาน, 98= อื่นๆ 99= ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	✓	VEHICLE		C	2	
11	การดื่มแอลกอฮอล์	1= ดื่ม, 2= ไม่ดื่ม, 9= ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	Y
12	การใช้ยาเสพติดขณะเกิด อุบัติเหตุ	1= ใช้, 2= ไม่ใช้, 9= ไม่ทราบ	✓	NACROTIC_DRUG		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	การคาดเข็มขัดนิรภัย	1= คาด, 2= ไม่คาด, 9= ไม่ทราบ	✓	BELT		C	1	
14	การสวมหมวกนิรภัย	1= สวม, 2= ไม่สวม, 9= ไม่ทราบ	✓	HELMET		C	1	
15	การดูแลการหายใจ	1= มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงเหมาะสม, 2= ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น, 4 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	AIRWAY		C	1	Y
16	การห้ามเลือด	1= มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงเหมาะสม, 2= ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น, 4 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	STOPBLEED		C	1	Y
17	การใส่ splint/ slab	1= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2= ไม่มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น, 4= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	SPLINT		C	1	Y
18	การให้น้ำเกลือ	1= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2= ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง , 3= ไม่จำเป็น, 4= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม	✓	FLUID		C	1	Y
19	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute, 6 = ไม่แน่ใจ)	✓	URGENCY		C	1	Y
20	ระดับความรู้สึกทางด้านตา	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	✓	COMA_EYE		C	1	
21	ระดับความรู้สึกทางด้านการพูด	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	✓	COMA_SPEAK		C	1	
22	ระดับความรู้สึกทางด้านการเคลื่อนไหว	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการเคลื่อนไหว	✓	COMA_MOVEMENT		C	1	
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (21)

LABFU

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM ICD-10-TM 0531002 01=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 0531004 02=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 0531101 03=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 0531102 04=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 0531601 05=ตรวจ HbA1C 0546602 06=ตรวจ Triglyceride 0541601 07=ตรวจ Total Cholesterol 0541202 08=ตรวจ HDL Cholesterol 0541402 09=ตรวจ LDL Cholesterol 0583001 10=ตรวจ BUN ในเลือด 0581902 11=ตรวจ Creatinine ในเลือด 0581902 12=ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 0581903 13=ตรวจ CREATININE ในปัสสาวะ 0446203 14=ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive)	✓	LABTEST	Y	C	7	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
		ICD-10-TM 0581904 15=ตรวจหาค่า eGFR (ใช้สูตร CKD-EPI formula) 0621401 16=ตรวจ Hb 0440205 17=ตรวจ UPCR (Urine protein creatinine ratio) 0511402 18=ตรวจ K (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป หรือได้ยา ACEI//ARBs) 0510402 19=ตรวจ Bicarb (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 0511202 20=ตรวจ phosphate (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 0614402 21=ตรวจ PTH (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)						
6	ผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก)	✓	LABRESULT		N	6	Y
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (22)

CHRONICFU

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หมายเหตุ

- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ในแฟ้มข้อมูล DIAG_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย

- การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันที่มาใช้บริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓	WEIGHT		N	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
7	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓	WAIST_CM		N	3	Y
8	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	SBP		N	3	Y
9	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	DBP		N	3	Y
10	ตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวน้ำ รุขเท้า การรับรู้ความรู้สึก ซีฟจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ, 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	FOOT		C	1	Y
11	ตรวจจอประสาทตา	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ ophthalmoscope ผลปกติ, 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ ophthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	RETINA		C	1	Y
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อเพิ่ม (23)

นิยามข้อมูล

ลักษณะเพิ่ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

ADMISSION

ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

 เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม
- 1 record คือ การมานอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)
- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	Y
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDADMIT		C	5	Y
7	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	✓	INSTYPE		C	4	Y
8	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับรักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อ การดูแลต่อไถ่บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	ADMITWEIGHT		N	5	
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซม.)	✓	ADMITHEIGHT		N	3	
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_DISCH		DT	14	Y
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDDISCH		C	5	Y
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHSTATUS		C	1	Y
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHTYPE		C	1	Y
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
19	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุด ทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)		COST		N	11	
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุด ทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓	PRICE		N	11	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบ คนไข้หลัก)	✓	PROVIDER		C	15	
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (24)

DIAGNOSIS_IPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ

- วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDDIAG		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม)	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
7	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (25)

DRUG_IPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

- ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน

หมายเหตุ

- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ โดยระบุวันที่เริ่มให้ และวันที่สิ้นสุดการให้
- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ
- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	ประเภทการจ่ายยา	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน	✓	TYPEDRUG	Y	C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสมามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสมามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
8	ชื่อยา	ชื่อยา		DNAME		C	255	
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน เป็นปีคริสต์ศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATESTART		D	8	
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน เป็นปีคริสต์ศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATEFINISH		D	8	
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก		AMOUNT		N		
12	หน่วยนับของยา	รหัสมามาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	UNIT		C	3	
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT		UNIT_PACKING		C	20	
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	✓	DRUGPRICE		N	11	
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)		DRUGCOST		N	11	
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (26)

PROCEDURE_IPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ

- รหัสหัตถการ 1 รหัส จะมี 1 record ถ้าหากมีมากกว่า 1 รหัส จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
7	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	TIMESTART	Y	DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	TIMEFINISH		DT	14	
9	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N	11	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (27)

CHARGE_IPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ

- หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย

- หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม ADMISSION

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	✓	CHARGELIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 11 หลัก	✓	QUANTITY		N		
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (28)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****APPOINTMENT**

ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มาใช้บริการ

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว)ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
2. ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่การนัดมารับบริการ

- ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดมารับบริการหลายประเภทในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
ที่มีการนัดหมายมารับบริการ

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)		AN		C	9	
4	ลำดับที่	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน		SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service		DATE_SERV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย		CLINIC		C	5	Y
7	วันที่นัด	วันเดือนปีทีนัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		APDATE		D	8	Y
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด		APTTYPE	Y	C	3	Y
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD-10-TM		APDIAG		C	6	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (29)

DENTAL

version 2.1 (มกราคม 2559)

นิยามข้อมูล

หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มาใช้บริการ

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่
- 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ 1 ครั้ง จะมี 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับ เชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับ การให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับ บริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันต สุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน, 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน, 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ, 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓	DENTTYPE		C	1	Y
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓	PTEETH		N	2	
8	จำนวนฟันแท้ที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	PCARIES		N	2	
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	PFILLING		N	2	
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	PEXTRACT		N	2	
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓	DTEETH		N	2	
12	จำนวนฟันน้ำนมที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	DCARIES		N	2	
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	DFILLING		N	2	
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	DEXTRACT		N	2	
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓	NEED_FLUORIDE		C	1	
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓	NEED_SCALING		C	1	
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓	NEED_SEALANT		N	2	
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_PFILLING		N	2	
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_DFILLING		N	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_PEXTRACT		N	2	
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_DETRACT		N	2	
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 = ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 = ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓	NPROSTHESIS		C	1	
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	✓	PERMANENT_PERMANENT		N	2	
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓	PERMANENT_PROSTHESIS		N	2	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี่)	✓	PROSTHESIS_PROSTHESIS		N	2	
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ, 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 ม.ม. (ขอบเหงือกอยู่ในแถบดำ), 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 ม.ม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ), 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา, หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน , หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย, หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย, หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง ,หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	✓	GUM		C	6	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด., 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓	SCHOOLTYPE		C	1	
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	✓	CLASS		C	1	
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่ วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (30)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

REHABILITATION

ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

version 2.1 (มกราคม 2559)

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยใน หากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องติดต่อกัน สามารถบันทึกใน record เดียวกันได้ โดยระบุวันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓	AN		C	9	
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_ADMIT		DT	14	
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_START		D	8	
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน	✓	DATE_FINISH		D	8	
9	รหัสบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	✓	REHABCODE	Y	C	7	Y
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ		AT_DEVICE		C	10	
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)		AT_NO		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
12	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	REHABPLACE		C	5	
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (31)

NCDSCREEN

version 2.1 (มกราคม 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มาใช้บริการ และประวัติการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำในการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะเป็นบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มาใช้บริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		ALCOHOL		C	1	
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
12	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	WAIST_CM		N		Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	SBP_1		N		Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	DBP_1		N		Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		SBP_2		N		
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		DBP_2		N		
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น	✓	BSLEVEL		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 9 = ไม่ตรวจน้ำตาลในเลือดเนื่องจากคัดกรองแบบสอบถามปากเปล่าปกติ หมายเหตุ กรณี ลำดับที่ 18 บันทึกเป็น 9 ลำดับที่ 17 ไม่ต้องลงบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด		BSTEST		C	1	
19	สถานที่รับบริการคัดกรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		SCREENPLACE		C	5	
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

*หมายเหตุ : ลำดับที่ 6-9,15-16,18-19 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (32)

FP

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

- หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ผู้ชายที่มารับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

หมายเหตุ

- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถมีได้มากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง , 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย, 7 = หมันหญิง	✓	FPTYPE	Y	C	1	Y
6	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.		FPPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (33)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

PRENATAL

ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่เราพบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่น ให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

- การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่เราพบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	VDRL_RESULT		C	1	Y
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HIV_RESULT		C	1	Y
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	HCT_RESULT		N		
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (34)

ANC

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม PRENATAL
- การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record
- ผู้มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA		C	2	Y
6	ANC ช่วงที่	การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หมายเหตุ : กรณีอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงของการฝากครรภ์ให้บันทึกเฉพาะอายุครรภ์ บันทึกช่วงครรภ์ กรณีมาตรงช่วงการนัดฝากครรภ์เท่านั้น		ANCNO		C	1	
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	Y
8	ผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	ANCRESULT		C	1	Y
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	ANCPLACE		C	5	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (35)

LABOR

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

- หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการคลอด และตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การคลอด 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการคลอดครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของการคลอดครั้งนั้น
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	EDC		D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD - 10 TM	✓	BRESULT		C	6	Y
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	✓	BPLACE		C	1	Y
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน, 6 = ABORTION	✓	BTYPE		C	1	Y
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์ โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	✓	BDOCTOR		C	1	Y
12	จำนวนเกิดมีชีพ	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	LBORN		N	1	Y
13	จำนวนตายคลอด	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	SBORN		N	1	Y
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (36)

POSTNATAL

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

- หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
- กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกความครอบคลุมจะไม่มี SEQ	✓	SEQ		C	16	
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y
6	วันที่ดูแลแม่	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	PPCARE	Y	D	8	Y
7	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PPPLACE		C	5	
8	ผลการตรวจมารดาหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	PPRESULT		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (37)

NEWBORN

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการคลอดของทารก ในเซตรับผิชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเซตรับผิชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเซตรับผิชอบ

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเซตรับผิชอบ

เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด

- หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของทารกหลังคลอดคนเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของทารกคนนั้น

- การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์

- เซตรับผิชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้ หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	✓	MPID		C	15	Y
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		GRAVIDA		C	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	✓	BTIME		C	6	
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BPLACE		C	1	
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	ลำดับที่ของทารกที่คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดียว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	✓	BIRTHNO		C	1	Y
11	วิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BTYPE		C	1	
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BDOCTOR		C	1	
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	BWEIGHT		N	4	
14	สภาวะการมีขาดออกซิเจน	1 = ขาด , 2 = ไม่ขาด, 9 = ไม่ทราบ	✓	ASPHYXIA		C	1	Y
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	✓	VITK		C	1	Y
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TSH		C	1	Y
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	✓	TSHRESULT		N	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล และ 4,8,11,12 ประมวลผลข้อมูลจากแฟ้ม Labor

ชื่อแฟ้ม (38)

NEWBORNCARE

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่น ให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ

เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	BCARE	Y	D	8	Y
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	BCPLACE		C	5	
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	BCARERESULT		C	1	Y
8	อาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓	FOOD		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (39)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

EPI

ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้ที่มาใช้บริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้รับบริการวัคซีนทั้งใน และนอกสถานพยาบาล (เช่น กรณีนักเรียนในโรงเรียน)

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้รับบริการ

2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

- กลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องบันทึก ประกอบด้วย

1. เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการวัคซีน

2. เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการวัคซีนจากสถานพยาบาลอื่น

3. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 1 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน

4. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 2 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน

5. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 6 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record

- ผู้มารับบริการวัคซีน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรจัดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	✓	VACCINETYPE	Y	C	3	Y
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	VACCINEPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (40)**นิยามข้อมูล****ลักษณะแฟ้ม****หน่วยงานที่บันทึก****ขอบเขตข้อมูล****เวลา/รอบที่ทำการบันทึก****หมายเหตุ****นิยามที่เกี่ยวข้อง****NUTRITION**

ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และนักเรียนในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. เด็ก 0-5 ปี เก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม, ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม, ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน, ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

2. เด็กอายุ 6 - 18 ปี เก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เทอมที่ 1 (พ.ค.-ก.ค.) และครั้งที่ 2 เทอมที่ 2 (พ.ย.-ม.ค.) โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ รวมทั้งที่ทำในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

- ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการที่สถานพยาบาลอื่นทำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ 1 ครั้ง จะมี 1 record

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	NUTRITIONPLACE		C	5	
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5	✓	WEIGHT		N		Y
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEADCIRCUM		N		
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	1 = ปกติ, 2 = สงสัยต่ำกว่าปกติ, 3 = ต่ำกว่าปกติ หมายเหตุบันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	✓	CHILDDEVELOP		C	1	
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน, 1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว, 5=นมและอาหารอื่นๆ	✓	FOOD		C	1	
11	การใช้ขวดนม	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม		BOTTLE		C	1	
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช้ประมวลผล แต่ใช้เพิ่ม spacialpp ประมวลผลข้อมูลแทน

ลำดับที่ 11 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (41)**SPECIALPP**

version 2.1 (มกราคม 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่สถานพยาบาลอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ได้รับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record
- หากให้บริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record
- ผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน		SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ		SERVPLACE		C	1	Y
6	รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ		PPSPECIAL	Y	C	6	Y
7	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.		PPSPLACE		C	5	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (42)

COMMUNITY_ACTIVITY

นิยามข้อมูล

ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน

หมายเหตุ

- กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓	VID	Y	C	8	Y
3	วันที่เริ่มจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_START	Y	D	8	Y
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_FINISH		D	8	
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย.	✓	COMACTIVITY	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (43)**COMMUNITY_SERVICE****นิยามข้อมูล**

ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**หน่วยงานที่บันทึก** รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :**ขอบเขตข้อมูล**

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ (CUP เดียวกัน) ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ได้รับบริการในชุมชน

หมายเหตุ

- การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย. (5 หลัก)	✓	COMSERVICE	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อเพิ่ม (44)

CARE_REFER

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ หรือส่งกลับ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะเพิ่ม

 เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย

- การให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมากกว่า 1 อย่าง จะมีมากกว่า 1 record

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในเพิ่ม REFER_HISTORY โดย REFERID

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในเพิ่ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในเพิ่ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสการให้การดูแลผู้ป่วย ขณะส่งต่อ	รหัสแสดงการให้การดูแลหรือปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วย 1. Airway = ระบบทางเดินหายใจ 2. Breathing = การหายใจ 3. IV fluid = ให้น้ำเกลือ 4. stop bluding = ห้ามเลือด 5. splint = เข้าเฝือก 6. อื่นๆ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	CARETYPE	Y	C	1	Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (45)**CLINICAL_REFER****นิยามข้อมูล**

ข้อมูลการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**หน่วยงานที่บันทึก** รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :**ขอบเขตข้อมูล**

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การประเมินทางคลินิก 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การประเมินทางคลินิก หลายครั้ง ในการประเมินแต่ละอย่าง หรือมีการประเมินทางคลินิกหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่เวลาการประเมินทางคลินิก	วันเดือนปีและเวลาที่ประเมินผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ASSESS	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก	รหัสมาตรฐานการตรวจประเมินทางคลินิก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	CLINICALCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก		CLINICALNAME		C	255	
7	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่ มีค่าเป็นตัวเลข	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	CLINICALVAULE		N	6	
8	คำอธิบายผลการตรวจประเมิน ทางคลินิก	คำอธิบายผลการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย		CLINICALRESULT		C	255	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (46)

DRUG_REFER

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการได้รับยา ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

- การได้รับยา 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้ยาหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record หากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาในยาตัวเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

- ประวัติการให้ยาในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นยาที่ให้ในปัจจุบัน รวมถึงยาบางตัวที่เคยให้แล้วหยุดไป หากมีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

- ประวัติการให้ยาในแผนกผู้ป่วยใน เป็นยาที่ให้ระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่เวลาที่เริ่มให้ยา	วันเดือนปีและเวลาที่เริ่มให้ยา กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_DSTART	Y	C	14	Y
5	วันที่เวลาที่สิ้นสุดการให้ยา	วันเดือนปีและเวลาที่สิ้นสุดการให้ยา กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. และมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ DATETIME_START	✓	DATETIME_DFINISH		C	14	
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสมามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสมามาตรฐาน 24 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมามาตรฐาน 24 หลัก หรือ รหัสยาสถานพยาบาล	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง	✓	DNAME		C	255	
8	ขนาดและวิธีการให้ยา	คำอธิบายขนาดยาและวิธีการให้ยา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง	✓	DDESCRIPTION		C	255	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (47)

INVESTIGATION_REFERER

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ หลายครั้ง หรือมีการตรวจหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่เวลาที่ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_INVEST	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัย	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	INVESTCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัย	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTNAME		C	255	
7	วันที่เวลาที่รายงานผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_REPORT		C	14	
8	ผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย ที่มีค่าเป็นตัวเลข	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย ที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	INVESTVALUE		N	6	
9	คำอธิบายผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	คำอธิบายผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTRESULT		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (48)**PROCEDURE_REFER****นิยามข้อมูล**

ข้อมูลประวัติการได้รับการทำหัตถการและผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**หน่วยงานที่บันทึก** รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :**ขอบเขตข้อมูล**

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

- การได้รับการทำหัตถการ 1 อย่าง แต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้หัตถการหลายอย่าง หรือหลายครั้ง ก็จะมีมากกว่า 1 record

- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นหัตถการที่ทำในการรับบริการครั้งนี้ และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยใน เป็นหัตถการที่ทำระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	TIMESTART	Y	DT	14	Y
5	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. โดยมีค่ามากกว่า TIMESTART	✓	TIMEFINISH		DT	14	
6	ชื่อหัตถการหรือการรักษา	ชื่อการทำหัตถการหรือการรักษา		PROCEDURENAME		C	255	
7	รหัสหัตถการและการรักษา	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัสหัตถการ ICD - 10 - TM หรือ รหัส ICD - 9 - CM	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
8	คำอธิบายการทำหัตถการหรือ การรักษา	คำอธิบายการทำหัตถการหรือการรักษา		PDESCRIPTION		C	255	
9	ผลการทำหัตถการหรือการรักษา	คำอธิบายผลการทำหัตถการหรือการรักษา		PROCEDRESULT		C	255	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PROVIDER ในแฟ้ม PROVIDER	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. และค่ามากกว่าหรือเท่ากับ TIMESTART	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (49)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

REFER_HISTORY

ข้อมูลประวัติการส่งต่อผู้ป่วย

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับ ไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา
3. การตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา เมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับ

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

- การส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม

- ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรค จะอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หรือ DIAGNOSIS_IPD

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับ

สถานพยาบาลเดิมที่ส่งผู้ป่วยมา และการตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับด้วย

version 2.1 (มกราคม 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่เข้าขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PID ในแฟ้ม PERSON	✓	PID		C	15	Y
5	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง SEQ ในแฟ้ม SERVICE	✓	SEQ		C	16	Y
6	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง AN ในแฟ้ม ADMISSION	✓	AN		C	9	
7	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยของ สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วย กลับหรือตอบกลับการส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีก สถานพยาบาลหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID_ORIGIN		C	10	
8	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วยกลับหรือตอบกลับการ ส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	HOSPCODE_ORIGIN		C	5	
9	วันที่เวลามารับบริการ	วันเดือนปีและเวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปีที่มารับบริการอ้างอิง DATE_SERV ในแฟ้ม SERVICE มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_SERV		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
10	วันที่เวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปีที่รับเป็นผู้ป่วยในอ้างอิง DATETIME_ADMIT ในแฟ้ม ADMISSION มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
11	วันที่เวลาส่งต่อผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งต่อผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_REFER		DT	14	Y
12	แผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย	รหัสแผนกที่ส่งผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	CLINIC_REFER		C	5	
13	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ หรือสถานพยาบาลที่ส่งกลับไปหา หรือตอบ กลับไปถึง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	HOSP_DESTINATION		C	5	Y
14	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มารับบริการ		CHIEFCOMP		C	255	
15	ผลการตรวจร่างกายสำคัญ	ผลการตรวจร่างกาย พบความผิดปกติที่สำคัญ		PHYSICALEXAM		C	255	
16	วินิจฉัยโรคแรกรับ (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ เมื่อแรกรับ		DIAGFIRST		C	255	
17	วินิจฉัยโรคสุดท้าย (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ครั้งสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วย		DIAGLAST		C	255	Y
18	สภาพผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	อธิบายสภาพของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ		PSTATUS		C	255	Y
19	ประเภทผู้ป่วย	1 = ผู้ป่วยทั่วไป, 2 = ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, 3 = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(ยกเว้นอุบัติเหตุ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PTYPE		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	EMERGENCY		C	1	Y
21	กลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ	ประเภทของโรคหรือภาวะเฉพาะที่ต้องได้รับการส่งต่อ(01=STEMI, 02= Stroke, 03= trauma, 04= cancer, 05= sepsis, 06=pregnancy,labor,postpartum, 07= new born, 99= อื่นๆ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PTYPEDIS		C	2	
22	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย, 6 = เพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา, 7=เป็นการตอบกลับการส่งต่อ(ไม่ได้ส่งผู้ป่วย)	✓	CAUSEOUT		C	1	Y
23	สิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการ	สิ่งที่ต้องการให้สถานพยาบาลปลายทางดำเนินการ		REQUEST		C	255	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PROVIDER ในแฟ้ม PROVIDER	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ DATE_SERV หรือ DATETIME_ADMIT มีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (50)

REFER_RESULT

นิยามข้อมูล

ข้อมูลผลการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย

version 2.1 (มกราคม 2559)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. การตอบรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ มาจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลเมื่อมีการรับหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยส่งต่อ/ส่งกลับ

- การตอบรับการส่งต่อ 1 ครั้ง จะมีการตอบรับ 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม

- การตอบรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		REFERID_SOURCE	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY		REFERID_PROVINCE		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		HOSP_SOURCE	Y	C	5	Y
5	ผลการส่งต่อ	1=ตอบรับการส่งต่อ 2=ปฏิเสธการส่งต่อ 3=เสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ 4=ไม่พบผู้ป่วย 5=อื่นๆ		REFER_RESULT		C	1	Y
6	วันที่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อ	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.		DATETIME_IN		DT	14	
7	ทะเบียนบุคคล ของ สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		PID_IN		C	15	
8	เลขที่ผู้ป่วยใน ของ สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		AN_IN		C	9	
9	สาเหตุที่ไม่สามารถรับผู้ป่วย	อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อได้		REASON		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y

ภาคผนวก

รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ(เพิ่มเติมใหม่)

รหัสคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก

1B00

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคเรื้อรัง

1B000

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคเบาหวาน

1B001

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคความดันโลหิตสูง

1B002

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคหัวใจและหลอดเลือด

1B003

การคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านม

1B0030

ตรวจคัดกรองได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ

1B0031

ตรวจคัดกรองได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ

1B0032

ตรวจคัดกรองได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง

1B0033

ตรวจคัดกรองได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่

1B0034

ตรวจคัดกรองได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลปกติ

1B0035

ตรวจคัดกรองได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองได้ผลผิดปกติ

1B0036

ตรวจคัดกรองได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง

1B0037

ตรวจคัดกรองได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่

1B0039

ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่ระบุรายละเอียด

1B004

การคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก

1B0040

ตรวจคัดกรอง VIA ได้ผลลบ

1B0041

ตรวจคัดกรอง VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา

1B0042

ตรวจคัดกรอง VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา

1B0043

ตรวจคัดกรอง VIA ไม่ระบุผลการตรวจ

1B0044

ตรวจคัดกรอง Pap (ยังไม่ทราบผล)

1B0045

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก

1B0048

ตรวจคัดกรอง วิธีอื่น (ระบุวิธี)

1B0049

ตรวจคัดกรอง ไม่ระบุวิธี

- 1B005 การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคธาลัสซีเมีย
รวม : หญิงตั้งครรภ์
- 1B008 การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคเรื้อรัง อื่นๆ
- 1B009 การตรวจคัดกรองความเสี่ยง ไม่ระบุรายละเอียด

- 1B3** ผลการตรวจคัดกรองผลปกติ
- 1B30 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 1B31 ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย

- 1B4** ผลการตรวจคัดกรองผลผิดปกติ
- 1B40 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 1B41 ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย

รหัสการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียด

1B02

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคทางจิตเวช

1B020

การตรวจคัดกรองโรคจิต

1B021

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

1B022

การตรวจคัดกรองโรคออทิสติก ในเด็กอายุ 0 – 6 ปี

1B023

การตรวจคัดกรองภาวะเครียด

1B024

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย

1B025

ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

1B026

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรอง 2Q ผิดปกติ

หมายเหตุ : คะแนนการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ ประเมิน 8Q

1B0260

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าผิดปกติ

1B0261

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าน้อย (คะแนน 7-12)

1B0262

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 13-18)

1B0263

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน ≥ 19)

1B0269

การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ไม่ระบุรายละเอียด

1B027

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q

หมายเหตุ : กลุ่มผู้ป่วยผลการประเมิน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ ประเมิน 8Q ต่อ

1B0270

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่าไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

1B0271

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย
(คะแนน 1-8)

1B0272

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
(คะแนน 9-16)

1B0273

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง
(คะแนน ≥ 17)

1B0279

การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ไม่ระบุรายละเอียด

1B028

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / โรคทางจิตเวช อื่นๆ

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้สูงอายุ

หมายเหตุ : กรณีที่ผลการประเมินผิดปกติให้ทำแบบประเมิน 9Q ต่อ

1B0280

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B0281

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B0282

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลปกติ

1B0283

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซึมเศร้าน้อย (คะแนน 7-12)

1B0284

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 13-18)

1B0285

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน ≥ 19)

1B0286

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลปกติ

1B0287

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลผิดปกติ

1B0289

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

1B13

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1B130

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B131

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B132

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)

1B133

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีความเครียด (5 – 7 คะแนน)

1B134

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)

1B139

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ระบุรายละเอียด

1B14

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด

1B140

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B141

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B142

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดพบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)

1B143

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดพบว่ามีความเครียด (5 – 7 คะแนน)

- 1B144 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดพบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B149 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B15** การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด
- 1B150 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B151 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B152 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดพบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)
- 1B153 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดพบว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน)
- 1B154 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดพบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B159 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B16** การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน
- 1B160 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B161 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B162 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนพบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)
- 1B163 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนพบว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน)
- 1B164 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนพบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B169 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน ไม่ระบุรายละเอียด

1B17

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการ
ที่หาสาเหตุไม่ได้

1B170

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ด้วย
แบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B171

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ด้วย
แบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B172

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกาย
เรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้พบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)

1B173

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการ
ที่หาสาเหตุไม่ได้ พบว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน)

1B174

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการ
ที่หาสาเหตุไม่ได้ พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)

1B179

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการ
ที่หาสาเหตุไม่ได้ไม่ระบุรายละเอียด

1B18

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีการสูญเสีย
คนที่รัก /ทรัพย์สินจำนวนมาก ฯลฯ

1B180

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B181

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B182

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสียพบว่าผลปกติ
(0 – 4 คะแนน)

1B183

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสียพบว่าปัญหาความเครียด
(5 – 7 คะแนน)

1B184

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสีย พบว่ามีความเครียดสูง
(8 คะแนนขึ้นไป)

1B189

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ไม่ระบุรายละเอียด

รหัสการตรวจคัดกรองกลุ่มวัยทำงาน

- 1B11** การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / เฝ้าระวัง ในประชากรวัยแรงงาน
- 1B110 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน
- 1B111 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาคนทำงานที่มีกิจกรรมทางกายต่ำ
- 1B112 การตรวจคัดกรองเพื่อติดตามโรคทางจิต
- 1B113** การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น
- 1B1130 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ผลเหมาะสมกับลักษณะงาน
- 1B1131 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ผลไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน
- 1B1139 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B114** การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน
- 1B1140 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลปกติ
- 1B1141 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลต้องเฝ้าระวัง
- 1B1142 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลผิดปกติ
- 1B1143 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลผิดปกติจากเสียง
- 1B1149 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B115** การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด
- 1B1150 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลปกติ
- 1B1151 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบหลอดลมอุดกั้น
- 1B1152 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบจำกัดการขยายตัว
- 1B1153 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบผสม
- 1B1159 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B116** การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน
- หมายเหตุ : ตามเกณฑ์ International Labor (ILO) system of classification of radiographs of pneumoconiosis
- 1B1160 การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลปกติระดับ 0/0
- 1B1161 การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลผิดปกติตั้งแต่ระดับ 0/1 – 1/0
- 1B1162 การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลผิดปกติตั้งแต่ระดับ 1/1 ขึ้นไป
- 1B1169 การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ไม่ระบุรายละเอียด

1B117

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช

หมายเหตุ : คัดกรองด้วยกระดาษทดสอบพิเศษ (Reactive paper)

1B1170

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปกติ

1B1171

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปลอดภัย

1B1172

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลมีความเสี่ยง

1B1173

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลไม่ปลอดภัย

1B1179

การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ไม่ระบุรายละเอียด

1B118

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / เฝ้าระวัง ในประชากรวัยแรงงาน อื่น ๆ

1B119

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / เฝ้าระวัง ในประชากรวัยแรงงาน ไม่ระบุรายละเอียด

รหัสการตรวจคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุ

1B12

การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / เฝ้าระวังในผู้สูงอายุ

1B120

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

1B1200

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่าไม่มีความเสี่ยง

1B1201

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่ามีความเสี่ยง ให้คำแนะนำและรักษา

1B1202

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่ามีความเสี่ยงส่งรักษาต่อ

1B1209

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะหกล้มไม่ระบุรายละเอียด

1B121

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำ

1B122

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT/MMSE-T 2002

ในผู้สูงอายุ

หมายเหตุ : ตรวจแบบ AMT / อื่นๆ พบผิดปกติให้ประเมิน MMSE-T 2002 ต่อ

1B1220

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุพบว่าปกติ

1B1221

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุพบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา

1B1223

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุพบว่าผิดปกติ และส่งไปรักษาต่อ

1B1224

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าปกติ

1B1225

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา

1B1226

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติและส่งไปรักษาต่อ

1B1229

การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT/MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุไม่ระบุรายละเอียด

- 1B126** การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ
- 1B1260 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุพบว่าพฤติกรรมเหมาะสม
- 1B1261 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุพบว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสมและแนะนำให้ความรู้
- 1B1269 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไม่ระบุรายละเอียด
- 1B127** การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ / สมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว
- 1B1270 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุพบว่าปกติ
- 1B1271 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุพบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา
- 1B1272 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุพบว่าผิดปกติและส่งรักษาต่อ
- 1B1273 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวพบว่าไม่ต้องดูแลระยะยาว
- 1B1274 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวพบว่าต้องเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำและติดตาม
- 1B1275 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวพบว่าต้องดูแลระยะยาว ให้คำแนะนำและดูแลต่อเนื่อง
- 1B1279 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ / สมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวไม่ระบุรายละเอียด
- 1B128** การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน / ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 1B1280 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ / ติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน)
- 1B1281 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง / บางส่วน / ติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)
- 1B1282 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้น้อย / ไม่ได้เลย / ภาวะติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)
- 1B1289 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่ระบุรายละเอียด
- 1B129 การตรวจคัดกรองความเสี่ยง / เฝ้าระวังในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

รหัสการคัดกรอง/เฝ้าระวังกลุ่มปฐมวัย อายุ 0-60 เดือน

1B2

การตรวจคัดกรอง / เฝ้าระวัง ในเด็กอายุ 0-60 เดือนโดยเครื่องมือ DSPM / DAIM

1B20

การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหว

1B200

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ

1B201

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน

1B202

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

1B203

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ

1B204

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน

1B205

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

1B206

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DAIM ผลปกติ

1B207

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

1B219

การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM และ หรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด

1B21

การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา

1B210

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ

1B211

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน

1B212

การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

1B213

การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ

- 1B214 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B215 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B216 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DAIM ผลปกติ
- 1B217 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B219 การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM และหรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B22** การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษา
- 1B220 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B221 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B222 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B223 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B224 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B225 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B226 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DAIM ผลปกติ
- 1B227 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B229 การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษาโดยเครื่องมือ DSPM และหรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด

- 1B247 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B249 การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมโดยเครื่องมือ DSPMและหรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B25** การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการ
- 1B250 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุแรกเกิด โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 1-3 (ตรวจปฏิกิริยา ตรวจความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และตรวจข้อเท้า) ผ่าน
- 1B251 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุแรกเกิด โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 1-3 (ตรวจปฏิกิริยา ตรวจความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และตรวจข้อเท้า) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B252 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 1 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 4 (ตรวจการเหยียดแขนและขา) ผ่าน
- 1B253 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 1 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 4 (ตรวจการเหยียดแขนและขา) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B254 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 3-4 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 5 (ตรวจการกำมือ) ผ่าน
- 1B255 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 3-4 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 5 (ตรวจการกำมือ) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B256 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 10-12 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 6 (ตรวจการกางแขน) ผ่าน
- 1B257 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 10-12 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 6 (ตรวจการกางแขน) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B258 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 55-60 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 7 (เดินต่อสั้นเท้า) ผ่าน
- 1B259 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 55-60 เดือน โดยเครื่องมือ DAIMข้อที่ 7 (เดินต่อสั้นเท้า) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

An abstract graphic design featuring a grid of white lines on a blue background. The grid is composed of curved lines that create a sense of depth and perspective, resembling a stylized globe or a modern architectural structure. The lines are arranged in a way that they appear to recede into the distance, creating a three-dimensional effect. The colors transition from a light blue at the top to a darker blue at the bottom.

ISBN : 978-616-11-2862-3

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข